



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 3

München, März 1969

24. Jahrgang

Die geschichtliche Entwicklung der Stellung des Geisteskranken in der Gesellschaft*)

Von A. Leibbrand-Wettley

Erlauben Sie mir, die Themastellung insofern einzugrenzen, als ich mich im besonderen auf das 19. Jahrhundert konzentrieren möchte, weil in der sogenannten Irrenreform dieses Jahrhunderts, die schon in der Mitte des 18. beginnt, all das prospektiv beschlossen liegt, was uns im 20. Jahrhundert bewegt — das ist vor allem die Sozialpsychiatrie. Ein historischer Abriß, der bis in das 14. Jahrhundert zurückgeht, soll die moderne Entwicklung innerhalb der Soziologie des Geisteskranken erhellen.

Die Thematik „Stellung des Geisteskranken in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts“ bedeutet überraschenderweise in dieser Formulierung historisch etwas Neues. Dieses Neue liegt in der Bezeichnung des „Geisteskranken“ als eines Kranken, und das ist die revolutionäre Tat des endenden 18. und des ganzen 19. Jahrhunderts. Bis dahin aber ist der Irre ein Wesen, das trotz aller medizinisch-psychopathologischen Systeme in den vergangenen Jahrhunderten seine praktische Existenz außerhalb fast jeder Krankheitsvorstellung findet. In seiner sozialen Erscheinungsweise liegt der Ort seines Daseins im wesentlichen nicht im Bereich ärztlicher Fürsorge, etwa innerhalb der Familie oder später in Krankenhäusern, sondern der Ort seiner äußeren Existenz ist das Narrenschiff, die Landstraße, der Narrenturm, das Gefängnis und Zuchthaus, und seine Gesellschaft sind Vagabunden, Bettler, Arme, Kriminelle, Alkoholiker, Verschwender, Spieler, Homosexuelle, venerisch Kranke und Landsknechte.

Mit diesem soziologischen Aspekt ist der juristische engstens verbunden. In neuester Zeit hat sich Michael FOUCAULT mit dieser Problematik befaßt und ist in seiner Geschichte der Folie im klassischen Zeitalter, also im 17. und 18. Jahrhundert, zu bisher nicht gesehenen Zusammenhängen gekommen, die den eigenartigen Standort des Irren in unserer abendländischen Geschichte und Gesellschaft kennzeichnen.

Diese Vorgeschichte ist bedeutungsvoll, denn nur auf ihrem Hintergrund wird die Neuzeit überhaupt faßbar, so daß wir uns die wichtigsten Ergebnisse dieser Entwicklung vor Augen bringen müssen.

Das eben erwähnte Narrenschiff hatte im Mittelalter bis zum 16. Jahrhundert eine sehr reale Existenz. Es

waren Schiffe, die ihre Last von einem Ort zum anderen trugen; ihre Last waren die Irren, die eine wahrhaft irrende Existenz besaßen. Die Städte vertrieben diese Menschen aus ihrem Bannkreis. Aus Stadtrechnungen von Hildesheim zwischen 1379 bis 1450 geht z. B. hervor, daß von 30 Kranken, 15 männlichen und 15 weiblichen, 17 aus der Stadt vertrieben wurden; die übrigen verpflegte man auf Kosten der Stadt im Gefängnis. In der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts zählte man in Nürnberg 61 Irre, von ihnen vertrieb man 30. In Frankfurt charterte man 1339 einen Schiffer und übergab ihm einen nackt herumlaufenden Irren; das gleiche geschah in Mainz und an Orten mit Flüssen. Diese Vertreibung zu Wasser hatte einen besonderen Sinn: Wasser reinigt, trägt fort ins Ungeheure; eine eigenartige Mystik wohnt ihm inne. Tristan läßt sich als Irrer verkleidet von Schiffen an die Küste werfen; niemand weiß, wie er zu König Marke kam, Isolde hält ihn für ein Kind des Meeres. Ähnliche Bilder tauchen in der Mystik des 14. Jahrhunderts auf. Sie sind symbolträchtig und moralisierend zugleich, denn die Folie besitzt im Mittelalter einen Platz in der Hierarchie der Laster, führt diese sozusagen an, ist Gegenspieler der Klugheit, aber zugleich ist das Wissen der Irren abgründig und gefährlich.

In der Renaissance ändert sich der Standort des Irren nicht. Seine Heimat ist weiter die Landstraße, der Narrenturm, das Gefängnis. Das noch vor kurzem reale Narrenschiff aber wird zur Metapher, etwa in Sebastian BRANTs gleichlautendem Werk, das 1594 in Basel erscheint. Sein Narrenschiff enthält die personifizierten Narheiten, Torheiten und Laster des Menschen; der Hauptakzent liegt auf der Moralpredigt. Brant will bessern und bekehren; die Folie, die Narrheit, wird Symbol dieser Welt; Narrheit und Vernunft gehören zum Dasein des Menschen. Er sagt:

„Es lebt die Welt in finsterner Nacht
und will in Sünden blind beharren
und alle Straßen sind voll Narren
die sich nur so durchs Leben tören
doch wolln sich Narren nicht nennen hören.
Daran dacht ich zu jener Frist
als ich die Narrenflotte rüst't.
Galeeren, Barken, Boote, Fusten
und schnelle Segler die bewußten
auch Schlitten, Karren, Rollewagen

*) Nach einem Vortrag anläßlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 21. November 1968 in München.

ein Schiff könnt sie ja gar nicht tragen
 so viel gehn jetzt im Narrenschritt;
 ein Teil kommt nicht einmal mehr mit.
 Sie kommen angeschwirrt wie Immen
 ja, viele noch zum Schiffe schwimmen,
 ein jeder will der Erste sein.
 Viel Narren und Toren kommen hinein
 ihr Abbild wird hier vorgestellt ...
 Den Narrenspiegel ich dies nenn
 ein jeder Narr sich drin erkenn ..."

Der Aspekt der Folie wird rationaler, wie man sieht. Folie wird in der kritischen Betrachtung Bestandteil der Vernunft selbst; Folie und Raison sind ersetzbare Begriffe. CUSANUS drückt dies so aus: Gibt der Mensch die Sinnlichkeit auf, so wird seine Seele dement. Im Gang zu Gott steckt die Gefahr der Verrücktheit, und die Gnade, die ihn treibt, führt ihn schließlich zur Dérason, alles vertauscht sich, und im Vergleich zur Weisheit ist menschliche Vernunft Wahnsinn. Wahnsinn existiert nur durch die Relativität der Vernunft; so wird Unvernunft eine Form der Vernunft, ein Thema, das im Don Quichotte erscheint und das Shakespeare benutzt. Der Narr im König Lear ist der eigentliche Weise, der den Wahnsinn der anderen erkennt; noch einmal ist die Welt das Irrenhaus Gottes.

Dieser hier angedeutete Aspekt der Folie im Bewußtsein des Menschen ändert sich im 17. Jahrhundert, und damit ändert sich auch die Stellung des Geisteskranken in der Gesellschaft. Es kommt in diesem und im folgenden 18. Jahrhundert zu einer ausgedehnten Internierungspraxis, so daß man sagen kann, seit dem 17. Jahrhundert ist die Folie, der Wahnsinn, an die Internierung gebunden. Diese aber hat mit einer ärztlichen Vorstellung nichts zu tun; mit ihr fällt der Geisteskranke unter die Jurisdiktion und wirtschaftliche Administration. Dagegen erscheinen die vorangegangenen Jahrhunderte wesentlich humaner.

Das 17. und 18. Jahrhundert bedeutet einen Rückschritt in der Humanisierung, es wird undifferenzierter, entindividualisierend. Dies hält bis zur Großen Revolution an. England geht in der Entwicklung des Internierungssystems voran. 1575 erscheint eine Akte der Königin Elisabeth I. Sie enthält die Verpflichtung, Korrekthäuser zur Bestrafung der Vagabunden und Tröstung der Armen zu errichten. Diese Häuser wurden durch Steuern erhalten, aber man forderte zu freiwilligen Spenden auf. Im 17. Jahrhundert erfolgte eine Generalrevision. Jeder Friedensrichter ist gehalten, solche Häuser einzurichten. In diesen Häusern soll gearbeitet werden, und so kommt es zu den „workhouses“, die staatlich und auf konfessionalistischer Ebene entstehen. Eine Regierungsakte von 1610 empfiehlt, allen Korrekthäusern Mühlen, Webereien und andere Manufakturen beizugesellen, und die Insassen zur Arbeit anzuhalten. In der Zeit des wirtschaftlichen Niedergangs entstehen gerade in Industriezentren solche „workhouses“, so in Worcester, Norwich, Bristol. Dieses System geht durch ganz Europa, und Philanthropen beklagen die Zusammenwürfelung von Armen, Verbrechern, Jugendlichen, Psychopathen, Verschwendern und Geisteskranken. Vor allem bezog sich das Einsperren auf die Bettelerei, aber auch auf Streikende und Arbeitsunwillige. Man sah die Arbeit als Mittel gegen die Faulheit an, gleichzeitig aber verband man damit den Zweck, die Entwicklung der Manufakturen zu för-

dern. Die beginnende Industrialisierung bediente sich also dieser sozialen Kategorie, um sie mit Machtmitteln des Staates in den wirtschaftlichen Prozeß einzugliedern. Alle Internierten mußten arbeiten, und man berechnete genauestens den Wert ihrer Arbeit; sie erhielten den vierten Teil des Gewinnes. Ein Werkmeister beaufsichtigte sie. Diese Arbeitsregelung war bis zum Ende des 18. Jahrhunderts üblich. Die einzelnen Häuser waren spezialisiert; es gab eine Spitzen-, Strumpf- und Leinenindustrie, auch wurden optische Gläser hergestellt, Hölzer gefärbt u. a. m. Das erste „workhouse“ in Deutschland war das Zuchthaus in Hamburg aus dem Jahre 1620, ihm folgten Brieg und Osnabrück 1656, Torgau 1671, Frankfurt/Oder und Spandau 1684, Königsberg 1694.

Das klassische Land der Internierungspraxis aber ist Frankreich. Unter dem Absolutismus Ludwigs XIV. kommt es zu den „lettres de cachet“, jenen berühmten Geheimbefehlen des Königs, durch die jeder in Paris im Verhältnis 1:10 interniert wurde.

Die Internierungspraxis setzte die Einrichtung geeigneter Institute voraus, wie sie sich in England und Deutschland befanden. 1656 wurde das Pariser Gründungsdekret des „Hôpital général“ erlassen, und ein Edikt aus dem Jahre 1676 schreibt jeder Stadt in Frankreich ein solches Unternehmen vor. Dieses „Hôpital général“ war ein halbjuristisches Institut, das der König zwischen Gericht und Polizei stellte. Es besaß fast absolute Souveränität. Seine Insassen waren Arme, Vagabunden, Arbeitsunwillige aller Art, Trinker, Geisteskranke, venerisch Kranke; sie alle gelangten durch eine „Lettre de cachet“ hinein. Sinn dieser staatlichen Zwangsanstalten war auch hier nicht etwa Heilung von Krankheit, soweit sie vorlag, sondern Erziehung zur Arbeit; gleichzeitig versuchte man auch, die beginnende Industrialisierung damit zu kuppeln. COLBERT richtete im „Hôpital général“ von Paris eine Gobelinmanufaktur ein, ein Unternehmen, das scheiterte. In Bicêtre flocht man Spagat und polierte Spiegel. Es war aber auch nicht nur der Versuch des Staates zu erkennen, seiner Fürsorgeverpflichtung nachzukommen, vielmehr zeigte sich in dieser Einrichtung innerhalb dieser Häuser ein eigentümlicher rigoristisch-moralisierender Zug, in dem sich ein grundsätzlich neues Verhältnis zur Arbeit offenbart. Foucault fragt, woher eigentlich diese veränderte Sicht in diesem Jahrhundert kommt, und er sieht sie — wohl mit Recht — in dem neuen Verhältnis, das der Calvinismus und der Protestantismus zur Arbeit besaßen. Diese Auffassung deckt sich mit der des Religionssoziologen Max WEBER. Hier war die Armut im Lichte der Prädestinationslehre ein Zeichen der „malédiction“ geworden. Die Arbeit hatte ein besonderes Ethos erhalten, das soziale Elend ist nun nicht mehr eine Dialektik zwischen Erniedrigung und Ruhm wie im Mittelalter oder in der Renaissance, sondern es tritt ein gewisser Zusammenhang auf zwischen Unordnung und Ordnung, wobei sich Schuldhaftigkeit zeigt. Daher die eigentümliche Mischung von Fürsorge und Gewalt in den englischen „workhouses“, den deutschen Zuchthäusern, den französischen „Hôpitaux généraux“. Wohltat und Sühne sind die beiden Pole der Internierung, ja die Arbeitsanstalt ist zugleich eine Bußanstalt. Dies zeigt sich charakteristischerweise in der Verordnung für Geschlechtskranke innerhalb des „Hôpital général“ von 1679. Hier war es

den beaufsichtigenden Ärzten verboten, venerisch Kranke sofort als Kranke zu behandeln. Zuerst war die Buße vorgeschrieben, dann folgte die Therapie. Es heißt: Alle die, die venerisch angesteckt sind, werden nur aufgenommen, wenn sie sich vor allem der moralischen Besserung unterwerfen, wenn sie gestäupt worden sind; dies wird durch Auswels bestätigt. Erst dann durfte eine Behandlung erfolgen. Diese Bestrafung betraf jedoch nur die Unverheirateten.

An diesem Ort moralischer Erziehung und Bestrafung befand sich der Geisteskranke. Er war ein Sozialübel; man kannte wohl die Folie, aber unter einem ärztlichen Aspekt behandelte man sie nicht. Der Narr, der noch bei Shakespeare diskutierte, unterliegt jetzt der Bestrafung und wird eingesperrt. Diese moralisierende Haltung dem Geisteskranken gegenüber hat sich unter veränderten Verhältnissen später im 19. Jahrhundert noch eigenartig lange erhalten.

Mit der Großen Revolution fallen in Frankreich die Arbeitshäuser. Auch in anderen Ländern zeigt es sich, daß eine Verbindung sozialer Fürsorge mit Industrialisierung keinen wirtschaftlichen Erfolg bringt. In Frankreich gab 1784 BRETEUIL die „lettres de cachet“ auf.

Im 18. Jahrhundert entstehen nun doch langsam echte Anstalten für Geisteskranke. In der Praxis der Arbeitshäuser hatte man natürlich entdeckt, daß die Geisteskranken infolge ihrer Krankheit arbeitsunfähig waren. Man hatte auch durchaus medizinische Ausdrücke für sie: furieux, insensés, Wahn- und Blödsinnige, lunatics. Der erste große Anstoß zur Verbesserung der Lage geisteskranker Personen ging von ärztlicher Seite in England aus.

Hier muß kurz eingeschaltet werden, daß es in früheren Jahrhunderten, besonders in Spanien und Italien, vereinzelt spezielle Asyle gab, in die man Geisteskranke aufnahm und in denen sie behandelt wurden. Beispiele sind weiter in Frankreich das Hôtel Dieu, das seit dem Mittelalter einen Spezialstatus besaß, den es auch in der Zeit der „Hôpitaux généraux“ behielt. In ihm wurden vorwiegend heilbare Geisteskranke aufgenommen und behandelt; man nannte sie „fantastiques“ und „frénétiques“ und brachte sie in „couchettes“ mit gefensternten Wänden unter. In Deutschland nahm das Würzburger Juliuspital seit 1576 Geisteskranke auf. 1533 stiftete Landgraf Philipp der Großmütige in der Leproserie am Kloster Haina ein sogenanntes Gewelb, eine vierte Stube, zur Unterbringung von Geisteskranken. Die Einweisung war amtlich geregelt.

Das bekannteste europäische Asyl für Geisteskranke war die Irrenkolonie Gheel in Belgien. Ihre Entstehung ist legendär an die irische Königstochter und Heilige Dymphne geknüpft, an deren Grabmal Irre geheilt wurden. Seit dem frühen Mittelalter beherbergen die Einwohner von Gheel Irre bei sich, die am Grabmal Andachten verrichten; hier entwickelt sich der Haus- und Pflegevater, der Irre arbeitet im Hause mit. Aus religiösen Grundsätzen kommt es dabei zu einer sehr tragbaren Behandlung Geisteskranker.

In England bestand das Asyl Bedlam, eine Gründung aus dem 13. Jahrhundert. 1403 gab es dort 6 Irre in Ketten, 1589 20; 1642 wurden 12 neue Zimmer eingerichtet, davon 8 für Irre; 1675 befanden sich dort 150

Geisteskranke. Die verheerenden Zustände in Bedlam in der Mitte des 18. Jahrhunderts waren der Anstoß zur Irrenreform. William BATTIE, Fellow und Präsident des Royal College of Physicians, war mehrere Jahre Governor dieser Anstalt. Er wandte sich an die Öffentlichkeit, prangerte die schlechte Unterbringung, die mangelhafte Pflege und vor allem die Gewaltmaßnahmen an, die in Bedlam herrschten. Dank seiner Initiative wurde 1774 vom englischen Parlament ein Gesetz verabschiedet, das Bedlam und vor allem den zu diesem Zeitpunkt schon bestehenden Privatanstalten einen ärztlichen und juristischen Status gab. Wie in Deutschland und Frankreich hatten sich seit der Jahrhundertmitte auch in England aus der Not der Situation heraus Privativirrenanstalten gebildet, die indessen ein Gemisch von Geschäftemacherei, Intrigen aber auch Philantropie waren.

Die Inhaber dieser Heime waren Ärzte, aber mehr noch Laien, Pfarrer, Künstler, Handwerker, Witwen usw. Ich erinnere daran, daß sich der geisteskranke HÖLDERLIN von 1807 bis zu seinem Tod 1843 in einem solchen Privatheim bei dem gebildeten Handwerker ZIMMER in Tübingen befand. Weitere Versuche, sich der Geisteskranken anzunehmen, waren z. B. in Deutschland im 18. Jahrhundert der Versuch, an die Zuchthäuser sogenannte Tollhäuser anzubauen, aber es gelang meistens nicht, wegen Unkenntnis der Behandlung sowie wegen Personalmangels, eine Trennung zwischen Kranken und Züchtlings durchzuführen.

Wichtiger war, daß Battie sich zum ersten Mal als Arzt Gedanken über eine mögliche Therapie der Geisteskranken und vor allem für ihre Unterbringung machte. Er selbst errichtete eine Privatanstalt und regte bis zum Jahrhundertende in England den Bau von mehreren echten Anstalten für Geisteskranke an. Er forderte für jeden Kranken einen eigenen Raum, richtige Ernährung, körperliche Hygiene, Arbeitstherapie, und vor allem war er der Begründer jener psychischen Behandlung, die man „moral-management“ nannte. Es bedeutete seelische Führung des Kranken durch den Arzt, allerdings konnte sie seiner Auffassung nach nur gelingen, wenn der Arzt sich den Willen des Kranken untertan machte. Es war eine Behandlung, die ein sogenanntes „heilsames Furchtgefühl“ dem Arzt gegenüber an den Anfang setzte; damit ergab sich trotz allen Idealismus eine Therapie des Zwanges, die dann auch nicht vor körperlichen Zwangsmaßnahmen zurückschreckte. Dies war dann die Ursache der eigentlichen Non-Restraint-Bewegung in England. PINEL hat später das „moral-management“ seinerseits mit moralischer Behandlung der Geisteskranken übersetzt; auch er verzichtete nicht völlig auf mechanischen Zwang.

Seine ersten Geisteskranken lernte Pinel in diesen geschilderten Privatunterbringungen kennen, und zwar bei dem Tischler BELHOMME. Was geschah nun nach der Revolution mit den Geisteskranken in Frankreich? Die große Dekretsammlung vom März 1790 mit der Deklaration der Menschenrechte brachte die Befreiung für alle Internierten auf allen Gebieten mit ganz wenigen Ausnahmen. Diese galten vor allem für die Irren, nun aber unter anderen Gesichtspunkten. Der Artikel IX bestimmte, Geisteskranke sollten nach Beurteilung durch den Richter und Arzt entsprechend ihrem Zustand in Spitälern untergebracht werden. Da man jedoch nicht wußte, wo man sie unterbringen konnte,

blieb es faktisch vorerst beim alten. In dieser Situation übernimmt Pinel 1793 als Chefarzt Bicêtre und 1795 die Salpêtrière. Die Zustände, die er dort antraf, sind genugsam bekannt.

Nach Heinrich LAEHR 1795, de facto aber 1798, nahm Pinel in der Salpêtrière 49 weiblichen Kranken, die in cachots im Souterrain an der Mauer angekettet lagen, die Ketten ab und ließ sie am Tage in den Höfen herumgehen. Auch nachts waren sie ohne Ketten. Da er selbst im Kapellengebäude gegenüber der Salpêtrière lebte, hatte er die Kranken ständig vor Augen.

Pinel verzichtete so gut es ging auf Gewaltmaßnahmen, jedoch kann auch er den psychologischen Gedanken nicht aufgeben, daß, wie er sagt, „eine schmale Einschließung, eine dunkle Einsamkeit und eine leichte Ernährung zweifellos als zeitweilige Bestrafung der Tobenden angeordnet werden kann“, um nach Beendigung des Anfalls sogleich vom Gegenteil abgelöst zu werden. Er äußert sich aber entsetzt über die Folgen der Nahrungsmittelbeschränkung in den Anstalten, und er bringt aszitesähnliche Zustände und Dysenterien damit in Zusammenhang. Die Krankenbehandlung selbst besteht dort, wo es möglich ist, vor allem in Beschäftigung; gerade sie sieht er als Mittel zur Herbeiführung eines ruhigen Schlafes an. Auf der Krankenabteilung versuchte er, Kranke mit hohem Demenzgrade räumlich von leichteren Kranken zu trennen. Das gleiche gilt für Epileptiker.

Das Neue, das Pinel brachte und das Battie begonnen hatte, war, daß sie den Geisteskranken aus dem bisherigen Stand als Sozialübel aussonderten und ihn in den Krankenstand erhoben. Diese Umwandlung des Geisteskranken in eine völlig andere soziologische Kategorie war der eigentliche Reformgedanke des endenden 18. Jahrhunderts. Seine Verwirklichung sollte dem 19. Jahrhundert vorbehalten bleiben und konnte nur langsam durch die Ärzte selbst in die Wege geleitet werden. Es war ein mühsamer Weg, wie sich zeigen wird. Die Gewalttradition haftete zäh und zeigte sich an Orten, wo sie nicht vermutet wurde. Erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ist diese Reform von den Ärzten vollzogen; noch nicht vollzogen ist sie zu diesem Zeitpunkt im staatlichen Bewußtsein, wie dies die Irrengesetzgebung beweist.

Die eigentliche Neuorganisation des Irrenwesens in Frankreich wird von ESQUIROL, FERRUS und PAR-CHAPPE durchgeführt. Esquirol beschreibt die Zustände um 1820. Sie sind aufschlußreich: in 33 Häusern leben noch Geisteskranke mit venerisch Kranken, Bettlern und Verbrechern zusammen. In acht Departements ist das Gefängnis der einzige Aufenthaltsort für sie, in zwölf weiteren leben sie unter Bettlern und Landstreichern in Detentionshäusern. Die Beköstigung ist die der Gefangenen. In ganz Frankreich gibt es zur damaligen Zeit nur acht echte Irrenanstalten; die besten von ihnen sind Bicêtre und die Salpêtrière. Eine der großen Aufgaben dieses Jahrhunderts ist es vor allen Dingen, will es die Irrenreform bewältigen, Anstalten zu bauen und damit dem Kranken einen geeigneten Ort zur Gesundung zu schaffen. In Deutschland stellt 1821 NASSE fest, nur ein Sechstel der Irren werde von Privatärzten und von drei bis vier gut eingerichteten Irrenanstalten betreut, fünf Sechstel seien im wesentlichen unversorgt oder befänden sich an Orten, wo sie

nicht hingehörten. Infolge dieser Notlage schlägt er vor, Landgeistliche sollten sich, wie sie es schon taten, der Pflege dieser Armen annehmen, und er befürwortet eine psychologische Ausbildung während des Theologiestudiums.

Charakteristisch für die damaligen Therapiemethoden lautet die Beschreibung der Anstalt zu Marsberg im Herzogtum Westfalen, die 1814 aus einem ehemaligen Kapuzinerkloster entstand. Aufnahme und Entlassung der Kranken ist abhängig von der Genehmigung der Regierung. Die ärztliche Behandlung soll bei allen Heilbaren vor allem eine psychische sein. Wie sieht sie aus? Sie umfaßt zunächst Zählungsmittel; hierher gehört die Variierung der Kost vom einfachen Nahrungsentzug bis zum Hungern; Praktiken also, wie sie in den Zuchthäusern üblich waren. Hinzu traten andere Mittel, die „psychisch“ wirken sollten: Binden der Gliedmaßen bis zur völligen Unbeweglichkeit, Zwangswesten, der von REIL vorgeschlagene Zwangsriemen, die COXSche Schaukel, Aufziehen an dünnen Strängen, die AUTENRIETHsche Larve, der Sack, später der HORNSche Sack genannt. Körperliche Züchtigungen werden dann angewandt, wenn der Irre noch ein „Bewußtsein von Unrecht und Strafen“ hat und bei Raserel; sie wurden mit dünnen ledernen Peitschen ausgeführt. Ganz im Sinne des englischen „moral-management“ sollte damit der irrationale Wille des Kranken dem rationalen des Arztes untertan gemacht werden. Dann war der erste Schritt zur Heilung getan, die Zwangsmethoden konnten weggelassen, es schloß sich eine körperliche Therapie an. Man gab an Medikamenten vor allem Ekel- und Brechmittel. Die psychologische Führung des Kranken geschah in Freundlichkeit gepaart mit Strenge; der Tagesablauf wechselte zwischen Erholung und Beschäftigung; sonntags gab es Feste zur Zerstreuung. Der Bericht aus einer Privatanstalt in Rockwinkel von Heinrich ENGELKEN aus dem Jahre 1824 verzeichnet die gleichen, psychisch wirken sollenden Zwangsmittel, wie Hungern, Einsperren, Hunger und Einsperren, Zwangswesten usw.

Diese Situation in fast allen Ländern ist die eigentliche Ursache der Non-Restraint-Bewegung, die — wieder von England in den zwanziger Jahren ausgehend — in den kontinentalen Ländern von den fünfziger bis sechziger Jahren an lebhaft und nicht ressentimentfrei diskutiert und durchgeführt wird.

In den zwanziger Jahren versuchte der Arzt CHARLES-WORTH am Lincoln-Asyl erstmals, die Wirkungen des mechanischen Zwanges wissenschaftlich zu beobachten. Er gelangte zu der Überzeugung, sie seien keineswegs so notwendig, wie man bisher angenommen hatte. Er begann sie zu verringern, und 1834 war man in der Umstellung im Lincoln-Asyl so weit, daß mechanische Zwangsmittel nur noch in den seltensten Fällen benutzt wurden. Kranken, die ihre Kleidung zerrissen, gab man solche aus unzerreißbaren Stoffen, und die Bettsachen erhielten feste Überzüge. 1835 übernahm GARDINER-HILL das Lincoln-Asyl. Er schaffte bis 1837 allen mechanischen Zwang ab. Das bedeutete die völlige Umstellung zu einer echten Krankenpflege, und dementsprechend mußte das Pflegepersonal ersetzt und wesentlich erhöht werden. Diese Behandlung ohne Zwang, die Non-Restraint-Methode, lernte John CONOLLY, der schon ein Buch über die unzureichende Irrenbehandlung geschrieben hatte, in Lincoln kennen. Als Direktor

des Hanwell-Asyls führte er sie 1839 dort in sieben-jähriger Arbeit ohne Einschränkung durch. Die wesentliche Erkenntnis von Conolly und seinen Vorgängern war die Beobachtung, daß der geübte mechanische Zwang Gewalttätigkeiten und Unordnung erzeuge, obwohl er zu deren Beseitigung angewandt wurde. Die Anstaltsprotokolle zeigten, daß nach seiner Abschaffung die Gewalttätigkeiten auffallend zurückgingen. Conolly bezeichnete den mechanischen Zwang als Verwahrlosung. Als er Hanwell übernahm, hatte dort schon William ELLIS eine systematische Arbeitstherapie eingeführt. Durch diese zweifellosen Erfolge in Lincoln und Hanwell setzte sich diese Methode in England rasch durch. Sie wurde durch Conollys Buch „Die Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang“ aus dem Jahre 1859 überall bekannt. Auf dem Kontinent stieß sie zuerst auf entschiedene Ablehnung.

1860 übersetzte BROSIUS in Deutschland auf Anregung DAMEROWs Conollys Buch; aber es sind zunächst wenige, die sich an dieses Experiment wagen. Die Jahre zwischen 1860—80 sind ausgefüllt mit heftigen Diskussionen über das Für und Wider der neuen Behandlung; langsam setzt sich in zwei Jahrzehnten die Auffassung Conollys durch. 1879 gibt WESTPHAL auf der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte einen Überblick über den Stand der Non-Strait-Frage. Anstalten, die bis dahin den mechanischen Zwang abgeschafft haben, sind in Deutschland die in Hamburg, Göttingen, Berlin, Halle, Marburg, Heidelberg, Eberswalde, Heppenheim, Werneck, München, Alt-Scherbitz, und weiter alle Anstalten der Schweiz. Westphal selbst ist überzeugter Anhänger; sein Fazit: alle, die den mechanischen Zwang abgeschafft haben, sind der Auffassung, daß die alten Methoden weder notwendig sind noch Vorteile haben.

Mit der Abschaffung der mechanischen Zwangsmittel entledigten sich die Psychiater aller Länder der letzten augenfälligen Zeugen, die an die alte Zuchthaustradition gemahnen. Die Entwicklung vom Irren zum echten Kranken vollendet sich. Dieser Prozeß wurde noch von anderer Seite her nachhaltig unterstützt, die — besonders in Deutschland — aus wissenschaftstheoretischer Richtung kam. 1867 äußert sich GRIESINGER hierzu in seiner Abhandlung „Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“.

Griesingers Aufsatz zeigt eine ganz bestimmte und neue Entwicklung für den Geisteskranken und seine Stellung in der Gesellschaft auf. Bisher herrschte die — absolut notwendige — Tendenz vor, dem Geisteskranken seiner Krankheit entsprechend humane und wissenschaftlich angepaßte Anstalten zu geben, in denen er behandelt und geheilt, oder — war er chronisch krank — sein ganzes Leben verbringen konnte. Diese Ortsbewegung vom alten Internierungszuchthaus in die Krankenanstalt hatte dem Geisteskranken eine Daseinsmöglichkeit geschaffen, die ihn zum Kranken machte. Aber seine Besonderheit, die Tatsache seiner zeitweisen oder dauernden Unzurechnungsfähigkeit, trennte ihn noch immer von den übrigen, geistesgesunden Kranken. Ausdruck dafür ist das noch zu behandelnde Problem der Irrengesetzgebung. Für Griesinger erhebt sich folgender Gedanke, den schon Conolly ausgesprochen hatte: geisteskrank bedeutet wissenschaftlich oder pathologisch-anatomisch hirnrkrank. Es besteht eine Einheit der sogenannten Geisteskrankheiten mit

den Nerven- und Gehirnerkrankheiten; somit erfolgt also eine Angleichung an die übrigen somatischen Krankheiten, ein Faktum, das übrigens in der Hippokratischen Medizin selbstverständlich war. Geisteskrankheit wird mit den übrigen Krankheiten im Begriff der Krankheit identisch. Nun handelt es sich nicht mehr um die Befreiung vom mechanischen Zwang, sondern vom Vorurteil wissenschaftlicher oder scheinwissenschaftlicher Auffassung. War es also bisher, von Anfang des Jahrhunderts bis jetzt, Aufgabe der Psychiatrie gewesen, den Geisteskranken den Raum ihrer Krankenanstalt zu gewinnen, ergibt sich als neue Aufgabe, aus dieser Kollektivierung und Kasernierung, die gerade in den großen Palastanstalten zu einer Vermassung zu führen drohten, hinauszukommen. Dieser organisch Kranke, psychisch Gestörte, muß in die menschliche Gesellschaft zurückfinden. Er verträgt, wie Charlesworth und Conolly, wie ROLLER und Griesinger sagten, mehr Freiheit als man glaubt. Das bezieht sich auf weit mehr als nur Erlösung vom mechanischen Zwang einer vergangenen Ära. Der Grund liegt nicht mehr lediglich darin, daß man den Kranken (hier ist der chronisch Kranke gemeint, der keiner Reklusion bedarf) nicht mehr in seiner Freiheit beschränken soll als es nötig ist. Es handelt sich vielmehr wesentlich darum, daß die gesunden Gemütskräfte, deren Erhaltung zu einem wahrhaft humanen Leben Hauptaufgabe bei diesen Kranken ist, nicht in kasernierten Lebensdisziplinen verkümmern. Die neue Aufgabe ist es, diese Menschen nach der Heilung aus der Anstalt herauszubringen in freie Verpflegungsformen, wo sie ein behagliches Leben in Freiheit und zusagender Arbeit führen können. Hierher gehört die Form der agrikolen Kolonie und die familiäre Verpflegung.

Hier beginnt also das, was man mit Sozialpsychiatrie bezeichnen kann, deren erste Anzeichen in der alten Familienpflege in Gheel liegen. Innerhalb der agrikolen Kolonie lebt der Kranke noch unter Kranken, zusammen mit dem Pfleger und genießt noch keine völlige Freiheit. Die familiäre Verpflegung, für einen Teil der Kranken die einzig richtige Lösung, wie Griesinger betont, gewährt dagegen die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr in ein natürliches soziales Milieu und Medium. Griesinger sieht für diese Form zwei Arten vor: Von einem ländlichen Asyl in einem Dorf oder in einer kleinen Stadt wird eine bestimmte Anzahl von Kranken als Pensionäre zu Landeuten, Handwerkern und anderen Personen mit geeigneten Berufen gegeben. Hier leben die Kranken in und mit der Familie; das Asyl überwacht ihre Führung und Pflege. Die Erfahrungen von Gheel beweisen, daß dies möglich ist. Griesinger selbst sah diese Form familiärer Pflege in England bei BUCKNILL in Devonshire. Er bemerkt ausdrücklich, erst nach Kenntnis dieser Einrichtung und ihrer Erfolge habe er seine bis dahin bestehenden Bedenken abgelegt. Der andere Plan stammt von MUNDY und beruht ebenfalls auf den Erfahrungen in Gheel. Dort, wo sich keine geeigneten Verhältnisse zur familiären Unterbringung finden, müssen diese geschaffen werden. In der Nähe des Zentralasyls soll eine Anzahl ländlicher Wohnungen mit Gärten gebaut werden, Pfleger und Handwerker mit ihren Familien bewohnen sie und nehmen die Patienten in ihre Familienpflege auf.

In den sechziger Jahren wird in England TOLLERs Plan eines Cottage Asyls propagiert. Er sah vor, chro-

nische ruhige Kranke in abgesonderten Wohngebäuden aufzunehmen, und zwar je Haus 15 Personen; ein Kranker oder ein Pfleger sollten die Führung dieser kleinen Hausgemeinde übernehmen. Dieses Cottage Asyl sollte Werkstätten, Krankenhäuser, Vorrats- und Verwaltungsräume, Wirtschaftsgebäude, ein Back-, Wasch- und Bäderhaus usw. sowie eine Kirche haben. Die familiäre Pflege als System bestand im übrigen in Schottland seit langer Zeit. Hier hatte sich die Unterbringung in sogenannten „special licensed houses“ bewährt; Privathäuser waren vom Staate autorisiert, besonders arme, ruhige Patienten in familiäre Pflege und Hausgemeinschaft zu nehmen.

Als Griesinger seinen Plan publizierte, hatte in Deutschland schon der Conolly-Übersetzer BROSIUS (Bendorf) den Versuch gemacht, sein Asyl zu einer Familienwohnung für Geisteskranke zu machen. Das Haus wurde im Stil einer Privatwohnung geführt. Brosius und seine Familie lebten mit den Kranken zusammen, die Zimmer der Familienangehörigen lagen neben den Zimmern der Kranken, die überall Zutritt hatten. Brosius gab nach 6 Jahren diesen Versuch wieder auf mit dem Bemerkten, ein familiales System sei nur in Verbindung mit einem Zentralsystem möglich. 1891 berichtet WAHRENDORF aus Ilten über den größten Versuch der Familienpflege in Deutschland seit 1880, BOTHE 1892 über die in Dalldorf bei SANDER gemachten Erfahrungen, die er als Charakteristikum der modernen Irrenpflege bezeichnet. Sie ermögliche einem nicht unerheblichen Teil der Kranken überhaupt ein Verbleiben in der Außenwelt.

Im Gesamt ist deutlich, daß diese neuen Wege zunächst nur von wenigen akzeptiert werden. Wahrendorf weist auf die wichtige soziale Frage hin, die die Familienpflege darstellt, da sie versucht, für einen Teil der chronisch Kranken eine staatlich geregelte Versorgung zu finden, die die Kranken bei Entlassung weder in ihrer Gemeinde noch bei ihren Familien haben. Interessant ist, daß dieses Problem der Öffentlichkeit offenbar stark zum Bewußtsein gekommen ist; das zeigt sich an den vielen Vereinsgründungen zur Unterstützung entlassener Geisteskranker in den verschiedensten Ländern.

Von ärztlicher Seite war der Prozeß der Integration des seelisch Gestörten zum Kranken vollendet. Keineswegs aber war er dieses im Bewußtsein staatlicher Organe, wie es die Diskussion über die Irrengesetzgebung bis Ende des 19. Jahrhunderts evident macht. Dieses in Deutschland besonders heftig erörterte Problem, weil es hier nicht zu einer Irrengesetzgebung kam, erscheint durchaus von der Tradition befrachtet, und so ist die Ambivalenz, die sie erzeugt und zugleich in sich trägt, nicht verwunderlich.

Von dem englischen Einweisungs- und Irrengesetz, an dem Battie großen Anteil hatte, war schon die Rede, es gab in England sogar schon ein Verwahrungsgesetz von 1744, nach dem gemeingefährliche Kranke richterlich verwahrt werden sollten. Das Gesetz von 1774 war indessen vor allem gegen Übergriffe der vielen, oft sehr zweideutigen privaten Heime gedacht. 1845, also in der Jahrhundertmitte, als der Bau von Anstalten das Haupterfordernis der Irrenreform war, forderte ein neues Gesetz von jeder Grafschaft die Errichtung von Asylen, die im Sinne des Gesetzes von 1774 überwacht

wurden. 1846 wurde das Gesetz, das vom Grafschaftsrichter verlangte, jeder Geisteskranke müßte dort untergebracht werden, gemildert, weil einfach nicht genügend Platz vorhanden war. Es sollte dem Richter überlassen bleiben, den Kranken einzuweisen, ein ärztliches Zeugnis war dazu nötig; der Kranke mußte eingewiesen werden, wenn der Arzt es verlangte.

Im Gesetz 1846 wird zwischen Wahn- und Blödsinnigen (Lunatics and Idiots), zwischen Heilbaren und Unheilbaren unterschieden; die Unheilbaren sollten in ein Armenarbeitshaus verbracht werden, das in eine Anstalt umzuwandeln sei. Die Begriffe „Blödsinn“ und „Wahnsinn“, von Ärzten sowie von Richtern benutzt, sind seit John LOCKES „Untersuchungen über den menschlichen Verstand“ in England und auf dem Kontinent traditionell. JESSEN kritisiert 1849 dieses englische Irrengesetz heftig: Es lasse dem Arzt keinerlei Eigenständigkeit, er werde zum Büttel von Juristen; es sei weder berücksichtigt, daß ein Kranker freiwillig in eine Anstalt gehen könne, noch daß die beste Zeit für eine Behandlung jene sei, in der der Laie, also der Richter, die Geisteskrankheit gar nicht erkennen könne. Die Verlagerung des Schwerpunktes vom rein ärztlichen zum juristisch-administrativen ist deutlich.

Auf dem Kontinent wird für alle Länder, die eine Irrengesetzgebung besitzen, Frankreich mehr oder weniger zum Modell genommen. Der Schöpfer des berühmten Gesetzes von 1838 ist der Bürgerkönig Louis Philippe; es sollte durchaus den Stempel freiheitlicher, von der Revolution geschaffener Ideen tragen und vor allem die seit dem Code Napoléon geübte Praxis der Entmündigung vor der Anstaltseinweisung beseitigen. Hier sei bemerkt, daß diese Methode der Entmündigung vor Anstaltseinweisung leider seit 1945 wieder in Deutschland geübt wird. Das französische Gesetz gestattet nach Artikel 18 grundsätzlich nur die Unterbringung von Geisteskranken, deren Geisteszustand die öffentliche Ordnung oder die Sicherheit anderer Personen bedroht. Die öffentlichen Anstalten, die Staatsanstalten sind, unterstehen, wie die Privatanstalten, der Aufsicht der Regierung. Die Aufnahme erfolgt in Paris durch den Polizeipräfekten, in den Departements durch die Präfekten. In dringenden Fällen kann der Ortspolizeikommissar oder der Bürgermeister provisorisch mit einem ärztlichen Zeugnis die Einweisung erreichen. Der Weg über den Präfekten dauert oft mehrere Tage; freiwillige Aufnahmen sind möglich, jede Entlassung erfolgt mit Einwilligung des Präfekten, auch gegen den Willen des Arztes. Verantwortlicher ärztlicher und Verwaltungsdirektor in der Anstalt sind koordiniert. Direktor und Ärzte werden vom Innenminister eingesetzt. Eine Unterscheidung zwischen Heil- und Pflegeanstalten besteht nicht. Mit Beginn der Aufnahme eines Patienten tritt sofort ein Rechtsschutz durch den Aufsichtsrat, der jeder Anstalt beigegeben ist, in Kraft. Eines seiner Mitglieder, ein Jurist, vertritt die Stelle eines provisorischen Verwalters und regelt die Vermögensverhältnisse des Kranken. Dieser Teil des französischen Irrengesetzes wurde besonders in Deutschland beachtet.

Auch hier macht sich eine Ambivalenz bemerkbar; einerseits läßt man die Entmündigung fallen, um die bürgerliche Integrität zu wahren, andererseits wird der Kranke nur wegen Gemeingefährlichkeit aufgenommen, und zwar vom Präfekten, wohl unter Attestierung eines

Arztes. Die Begriffe „Behandlung“ und „Heilung“ spielen im Gesetz keine Rolle.

Dieser Loi de trente-huit in Frankreich ging um einige Monate das Genfer Irrengesetz voraus, es folgten 1841 die Niederlande, 1848 Norwegen, 1850 Belgien, 1858 Schweden. Alle diese Gesetze haben ähnliche Grundprinzipien wie das französische; im einzelnen weichen sie voneinander ab. In den nordischen Ländern fällt eine wesentlich größere Souveränität des Arztes auf. In Rußland entscheidet die Gouvernementsregierung über Aufnahme und Verbleiben des Kranken in der Anstalt; Kranke können gegen den Willen und das Wissen des Arztes von ihr entlassen werden. In Spanien ist das Irrengesetz in der allgemeinen Regelung für Krankenanstalten von 1885 enthalten. Es bestimmt die Mitwirkung der Gerichte bei den Provinz-, Munizipal- und Privatanstalten. Die Aufnahme von Geisteskranken in die Anstalt gilt für zwei Fälle: zur Beobachtung und Internierung.

In Deutschland hat es kein einheitliches Irrengesetz gegeben; die einzelnen Länder haben ihre Bestimmungen auf dem Verordnungswege erlassen. Die Diskussion über eine Irrengesetzgebung ist daher hier am lebhaftesten und keineswegs am Ende des Jahrhunderts erloschen. Gerade sie zeigt die Widersprüchlichkeit und Ambivalenz eines Irrengesetzes am besten auf, und die Schwierigkeit, zu einer klaren Abgrenzung zwischen Krankheit und juristischer Administration zu gelangen. Als Beispiel seien die Bestimmungen für Preußen für die öffentlichen und privaten Anstalten angeführt: Der Erlaß von 1803 sah vor, daß die Ortspolizeibehörde das Recht und die Pflicht hatte, das Publikum gegen die „Wahn- und Blödsinnigen“ zu schützen und durch die Kammer der Provinz ihre Unterbringung in öffentliche Anstalten zu vollziehen. Einer Aufnahme ging die gerichtliche Wahn- und Blödsinnigkeitserklärung voraus. In besonderem Notfall konnte die Aufnahme provisorisch vom Arzt bewirkt werden. 1839 unterscheidet ein Zirkular-Reskript das Verfahren gegenüber Gemütskranken, die zur Heilung aufgenommen worden sind. Hier ist die sofortige Einleitung eines solchen Verfahrens nicht notwendig. Zu dieser Bestimmung äußert sich 1859 POCHHAMMER recht lakonisch: „Während früher nur unheilbare Wahn- und Blödsinnige zur Aufbewahrung in Irrenanstalten eingeliefert worden waren, war es bis zum Jahre 1839 schon häufig vorgekommen, daß man Geisteskranken behufs der Heilung in Irrenanstalten gebracht hatte, und es war dem Ministerium der nachteilige Einfluß eines Blödsinnigkeitsverfahrens nicht entgangen...“

Bei dieser Gelegenheit schlägt Pochhammer vor, statt der Begriffe „Wahn“- und „Blödsinn“, wie sie im preußischen Landrecht verankert sind, „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ einzuführen; denn es komme für die juristische Seite lediglich auf die Feststellung des Grades der Zurechnungsfähigkeit an und nicht auf die Bezeichnung von Krankheitszuständen, die ständig wechseln. Schon MARTINI hatte 1858 diesen Vorschlag gemacht, FLEMMING wiederholte ihn 1879. Im BGB von 1896, das seit 1900 in Kraft getreten ist, wird im § 6 von Geistesschwäche und Geisteskrankheit gesprochen. Für die Privatanstalten wird 1888 für ganz Preußen eine einheitliche Regelung getroffen. Diese Regelung übertrug die Erfahrungen der Stadt Berlin auf ganz Preußen und bestimmte die Einweisung der

Der Jahreshöchstbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung im Jahre 1969 beträgt DM 6528.—

Kranken durch den Physikus, also Kreisarzt. In dringenden Fällen war die Aufnahme auch durch ein gewöhnliches ärztliches Zeugnis provisorisch möglich; nur mußte der Physikus 24 Stunden später die Aufnahme bestätigen. Nach der Aufnahme erfolgte die Anzeige an die Polizeibehörde und den Staatsanwalt des Wohnsitzes des betreffenden Patienten sowie an die zuständige Polizeibehörde der jeweiligen Anstalt.

Im Gesamt ist man in Deutschland gegen die Einführung eines Irrengesetzes, das notwendigerweise einen Konflikt zwischen rein ärztlichen Belangen und der Jurisdiktion mit sich bringen muß. Die Psychiater dieses Jahrhunderts haben dies wohl gewußt; ihre Tagungen und Jahresversammlungen befassen sich immer wieder mit diesem Thema. In einem Entwurf über gesetzliche Bestimmungen bei der Aufnahme kommen Roller und Jessen zu folgendem Ergebnis:

„Seelengestörte sind Kranke, die gegen ihren Willen aufgenommen werden müssen; das ist Zwang, und nur dieser unterscheidet die Anstalt von einem anderen Krankenhaus. Nur aus diesem Grunde sind Verordnungen oder Statuten, aber kein Gesetz notwendig, die Mißbrauch verhindern. Das Wichtigste aber ist die Erleichterung der Aufnahme zur Heilung.“

Zehn Jahre später kritisiert PELMAN noch einmal die bestehenden Irrengesetze:

Überflüssig sei der Apparat von Bestimmungen, die die persönliche Sicherheit des Kranken in den Anstalten betreffen; er schränkt die Selbständigkeit der Ärzte ein und verlegt den Schwerpunkt vom ärztlichen Bereich in den der Jurisdiktion; Krankheit aber ist kein juristischer Begriff. Der im französischen Gesetz muster-gültige Rechtsschutz des Kranken könne auch für deutsche Verhältnisse vorbildlich sein; er solle in die allgemeine Zivilprozeßordnung integriert werden.

Laehr betont, eines Irrengesetzes bedürfe es nicht, da das Verbrechen der Freiheitsberaubung schon durch ein allgemeines Gesetz festgelegt sei.

Diese ständig im Fluß der Diskussion gehaltene Problematik in der Irrengesetzgebung zeigt den Kampf der Ärzte um die Beseitigung der Reste des alten Internierungsgedankens, der die soziale Stellung psychisch Gestörter als echte Kranke von dieser öffentlichen Seite her noch immer bedroht.

Mit diesen Ausführungen möchte ich schließen. Sie können in ihrer starken Gedrängtheit ohne Anspruch auf Vollständigkeit nur die großen Linien dieses behandelten Prozesses aufzeigen. Ich habe mich deshalb hier auf den europäischen Raum beschränkt.

Anschr. d. Verf.: Privatdozentin Dr. med. A. Leibbrand-Wettley, 8000 München 13, Nordendstr. 2

Der Tod in der Sprechstunde in rechtlicher Sicht*)

Von Walther Weißauer

Auf den ersten Blick erscheint es paradox, daß in einer Zeit, die in der Medizin erstaunliche und oft geradezu spektakuläre Fortschritte erzielt, die Zahl der Kunstfehlerprozesse nicht abnimmt, sondern im Ansteigen begriffen ist. Aus den USA, die uns in positiven wie negativen zivilisatorischen Entwicklungen vielfach vorausgehen, wird berichtet (vgl. SCHWEIS-HEIMER, DÄ 1966, S. 30 f.), daß dort im Jahre 1959 gegen etwa 6000 Ärzte Kunstfehlerprozesse geführt wurden, bei denen den Patienten mehr als 50 Millionen Dollar an Schadensersatzansprüchen zuerkannt wurden. Bei näherer Überlegung löst sich dieses Paradoxon einmal dahin, daß die Fortschritte der Medizin die Risiken des ärztlichen Handelns insgesamt wohl kaum vermindern, sondern eher nur verlagern. Zweifellos ist manche vor Jahrzehnten noch äußerst risikoreiche Behandlung inzwischen zu einem relativ harmlosen Routineeingriff geworden. Gleichzeitig ist es aber gelungen, die der ärztlichen Behandlung gesteckten Grenzen und insbesondere die Grenze der Operabilität weit hinauszuschieben. Der Grundsatz des „nil nocere“ vermag den Arzt nicht davon zu entbinden, erfolgversprechende neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten im Interesse des Patienten auszuschöpfen und dabei die notwendig mit ihnen verbundenen neuen Risiken und Gefahrenquellen in Kauf zu nehmen.

Zum anderen ist es wohl gerade der medizinische Fortschritt und die daraus resultierende Fortschrittsgläubigkeit, die den Laien mehr und mehr dazu bestimmt, die Ursache für einen Behandlungszwischenfall nicht primär in unabwendbaren schicksalhaften Gegebenheiten, sondern in einem Versagen des behandelnden Arztes zu suchen.

Die Gefahr, wegen eines (angeblichen) Kunstfehlers vom Patienten oder dessen Angehörigen zur Verantwortung gezogen zu werden, ist für den Arzt um so größer, je schwerer der Zwischenfall und je kleiner der Eingriff ist, bei dem sich der Zwischenfall ereignet. Der Bundesgerichtshof hat zwar im Zusammenhang mit der Aufklärungspflicht des Arztes ausgeführt, jeder Patient wisse, daß auch geringfügige Eingriffe trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu Komplikationen führen können. Wir wissen es, wir wollen es aber im Ernstfall nicht wahrhaben. Wie anders wären sonst die Presseschlagzeilen zu erklären, mit denen beispielsweise über den Tod eines Patienten bei einer Zahnextraktion berichtet wird?

Der Tod des Patienten in der Sprechstunde ist zweifellos einer der Fälle, in dem die eben bezeichneten Voraussetzungen, nämlich ein schwerer Zwischenfall bei einem verhältnismäßig geringfügigen Eingriff, und damit das Risiko für den Arzt, in einen Kunstfehlerprozeß verwickelt zu werden, häufig gegeben sind. Wenn vom Tod in der Sprechstunde die Rede ist, so möchte ich darunter selbstverständlich nur die Zwischenfälle verstehen, in denen die ärztliche Behandlung in der Sprechstunde ursächlich oder mitursächlich

für den Tod war, und nicht den Todesfall (etwa aufgrund eines Herzinfarkts), der sich ohne jeden Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, also nur zufällig in der ärztlichen Sprechstunde ereignet. Etwas überspitzt formuliert: Es geht um den Tod „an“ der Sprechstunde. Ist das Handeln des Arztes nicht ursächlich für den Tod des Patienten, so scheidet selbstverständlich jede rechtliche Verantwortung aus. Die Annahme, daß die ärztliche Behandlung für den Tod ursächlich war, wird freilich immer dann naheliegen, wenn der Arzt mit einer Behandlung begonnen hatte, die ihrer Natur nach zu tödlichen Zwischenfällen führen kann. Bei der Frage der Beweisführung werden wir uns damit noch zu befassen haben.

Nach dieser Eingrenzung des Themas möchte ich die rechtliche Problematik der tödlichen Zwischenfälle unter drei Aspekten erörtern:

Zum ersten möchte ich auf die Voraussetzungen eingehen, unter denen ein Arzt strafrechtlich, zivilrechtlich und berufsrechtlich für einen tödlichen Zwischenfall zur Verantwortung gezogen werden kann. Dann darf ich mich der Frage zuwenden, welche Vorsichtsmaßnahmen der Arzt aus rechtlicher Sicht beachten soll, um einen Todesfall in der Sprechstunde zu verhindern. Und schließlich möchte ich darauf zu sprechen kommen, wie sich der Arzt verhalten soll, wenn sich ein Todesfall ereignet hat.

Wie bekannt, geht die Rechtsprechung im schroffen Gegensatz zur Ärzteschaft, aber auch entgegen der in der Strafrechtswissenschaft heute weit überwiegenden Auffassung bei der rechtlichen Beurteilung des ärztlichen Handelns davon aus, daß auch der *lege artis* indizierte und ausgeführte Heileingriff als Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt. Die Rechtswidrigkeit der Heilbehandlung entfällt jedoch, wenn der Patient in den Eingriff einwilligt. Als wirksam sieht die Rechtsprechung die Einwilligung des Patienten nur dann an, wenn er ihre Tragweite überblicken konnte. Dies setzt regelmäßig voraus, daß der Arzt dem Patienten das Wesentliche über die vorgesehene Behandlung mitteilt. Hier findet sich die rechtliche Grundlage der Aufklärungspflicht.

Der unfruchtbare Meinungsstreit um die rechtliche Subsumtion des Heileingriffs soll durch die große Strafrechtsreform sein Ende finden. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird künftig durch eine spezielle Strafbestimmung gegen die eigenmächtige Heilbehandlung geschützt werden. An dem Erfordernis der Einwilligung, aber auch an der Aufklärungspflicht des Arztes wird im Reformentwurf grundsätzlich festgehalten. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und damit das Erfordernis seiner Einwilligung in den Heileingriff und die daraus resultierende Aufklärungspflicht wird heute auch von der Ärzteschaft im Prinzip ganz überwiegend bejaht, im Gegensatz zum *Corpus hippocraticum*, das empfahl, dem Kranken das meiste zu verbergen und ihm nichts von dem zu sagen, was kommen wird und ihn bedroht. Die Anforderungen der Rechtsprechung an den Arzt bei der Erfüllung der Auf-

*) Vortrag gehalten am 8. Mai 1968 auf Einladung des Berufsverbandes der Deutschen HNO-Ärzte in München.

klärungspflicht sind jedoch von der Ärzteschaft oft als überspitzt, unpraktikabel und zum Teil als für den Patienten schädlich, lebhaft kritisiert worden. In den letzten Jahren haben die manchmal ausgesprochen polemischen Auseinandersetzungen mit der Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht einer objektiveren und ruhigeren Betrachtungsweise — m. E. zum Vorteil aller Beteiligten — Platz gemacht.

Als wesentlich dürfen wir festhalten, daß der ärztliche Heileingriff grundsätzlich nur mit Einwilligung des Patienten vorgenommen werden darf, die auch stillschweigend erteilt werden kann. Näher kann ich hier leider auf diesen Problemkreis und insbesondere auf die Ausnahmen von der Aufklärungspflicht nicht eingehen.

Hat der Patient in die Behandlung eingewilligt, so bezieht sich diese Einwilligung nur auf den kunstgerechten Eingriff. Mit dem nicht kunstgerechten Eingriff haben wir uns im folgenden zu befassen. Auch hier sind einzelne Urteile von der Ärzteschaft lebhaft kritisiert worden.

Die nähere Betrachtung wird aber zeigen, daß die Rechtsprechung in den Kunstfehlerprozessen weder weltfremd noch gar ärztefeindlich ist. Wichtig, wenn auch nahezu selbstverständlich, erscheint mir in diesem Zusammenhang die Feststellung, daß das Mißlingen der Behandlung, die statt zur erhofften Heilung zu einem schweren Körperschaden oder sogar zum Verlust des Lebens geführt hat, für sich allein für den Arzt niemals zu negativen rechtlichen Konsequenzen führen kann. Der *lege artis* indizierte und ausgeführte Heileingriff, in den der Patient wirksam eingewilligt hat, bleibt auch dann rechtmäßig, wenn er mißlingt (vgl. BGHZ 24, 21; BGHSt 3, 203). Bei allen Fortschritten der Medizin bleibt die ärztliche Tätigkeit mit erheblichen Risiken belastet, die selbst bei größter ärztlicher Gewissenhaftigkeit nicht restlos beherrscht werden können. Trotz sorgfältiger Voruntersuchungen lassen sich atypische Reaktionen und anomale anatomische Verhältnisse oft nicht vorhersehen. Es scheint mir typisch für diese Situation, daß zwar die Verpflanzung lebenswichtiger Organe heute keine unüberwindlichen technischen Schwierigkeiten mehr bereitet, daß es andererseits aber offenbar in der täglichen Praxis noch keine völlig sichere Methode gibt, um die versehentliche intraarterielle Injektion auszuschließen. Die Rechtsordnung erlaubt es dem Arzt, die Risiken der Behandlung nach gewissenhafter Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gesichtspunkte bewußt in Kauf zu nehmen, ja sie verpflichtet den Arzt u. U. sogar, eine erfolversprechende Behandlung trotz all ihrer Risiken durchzuführen.

Strafrechtlich, zivilrechtlich und berufsrechtlich kann der Arzt nur zur Verantwortung gezogen werden, wenn er dieses erlaubte Risiko durch eine unsachgemäße Handlungsweise bei der Indikationsstellung oder bei der Ausführung der Behandlung über das den Umständen nach unvermeidliche Maß hinaus erhöht hat. Die Verpflichtung des Arztes zur sorgfältigen Durchführung der medizinisch gebotenen Heilmaßnahmen, die auch in den ärztlichen Berufsordnungen verankert ist, ergibt sich aus der Übernahme der Behandlung, selbst wenn kein Behandlungsvertrag zustande kommt. Das (vorwerfbare) Lei-

stungsdefizit kann in einem fehlerhaften positiven Tun, z. B. der Injektion eines überdosierten Medikaments, oder in dem Unterlassen der medizinisch gebotenen Behandlung bestehen, z. B. in der Nichtvornahme aussichtsreicher Wiederbelebungsversuche.

Bei der Prüfung, ob das Verhalten des Arztes objektiv fehlerhaft war, ist auf die konkrete Situation abzustellen, in der sich der Arzt befand, also nicht auf einen abstrakten Leistungsmaßstab unter idealen oder auch nur durchschnittlichen äußeren Umständen. Ungünstige äußere Umstände, beispielsweise bei der Durchführung einer Notoperation in der Praxis des Arztes, können Vorsichtsmaßnahmen ausschließen, die sonst strikte zu beachten wären. Maßstab ist die Sorgfalt, die ein ordentlicher Arzt in der Situation des handelnden Arztes angewendet hätte. Dazu gehört auch die Sorgfalt bei der Prüfung, ob ein Eingriff in der Sprechstunde *hic et nunc* vorgenommen werden darf. An einen Facharzt werden im allgemeinen für die Verrichtungen auf seinem Fachgebiet strengere Anforderungen zu stellen sein als an einen Praktischen Arzt.

Hat sich ein Zwischenfall ereignet, so haben der Richter und der ihn unterstützende Sachverständige die Situation *ex ante* zu beurteilen, also so, wie sie sich für den Arzt im Zeitpunkt der Behandlung darstellte. *Ex post*, also etwa erst aufgrund einer Obduktion gewonnene Erkenntnisse, die dem Arzt im Zeitpunkt der Behandlung nicht zur Verfügung standen, dürfen der Beurteilung, ob er die objektiv gebotene Sorgfalt in der konkreten Situation beachtet hat, nicht zugrunde gelegt werden.

An die Sorgfaltspflicht des Arztes werden im Hinblick auf die Schwere der dem Patienten drohenden Gefahren hohe Anforderungen gestellt. Die allgemeinen oder ganz überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft, die sogenannten Kunstregeln, muß der Arzt beachten. Haben sich keine Kunstregeln gebildet, so muß der Arzt die erforderliche Sorgfalt anwenden, also das Maß an Sorgfalt, das ein gewissenhafter Arzt in der gleichen Situation anwenden würde. Ist umstritten, welches Maß an Vorsicht notwendig ist, dann hat der Arzt im allgemeinen die Methode zu wählen, die die größere Sicherheit bietet.

In der Wahl seiner diagnostischen und therapeutischen Methoden ist der Arzt nach dem von der Rechtsprechung anerkannten Prinzip der Kurierfreiheit grundsätzlich frei. Eine Verletzung der Sorgfaltspflicht ist nach der Rechtsprechung nicht schon darin zu sehen, daß der Arzt aufgrund persönlicher Überzeugung von der Überlegenheit einer anderen Methode von der Schulmedizin abweicht. Er muß aber, insbesondere bei gefährlichen Krankheiten, stets prüfen, ob seine Behandlungsweise ausreicht, oder ob eine andere erprobte Methode mehr Erfolg verspricht oder geringere Gefahren für den Patienten mit sich bringt. Kommt er zu dieser Erkenntnis, so muß er das erprobte Verfahren anwenden oder die Behandlung aufgeben und nach Kräften dafür sorgen, daß der Patient sich dieser Behandlung unterzieht.

Strafrechtlich und zivilrechtlich kann der Arzt nur zur Verantwortung gezogen werden, wenn die Verletzung der Sorgfaltspflicht ursächlich für den Tod des Patienten war. Nach der im Strafrecht herrschenden Bedingungslehre gilt als Ursache jedes positive

Tun, das nicht hinweggedacht werden kann, und jede unterlassene pflichtgemäße Handlung, die nicht hinzugegacht werden kann, ohne daß auch der negative Erfolg, nämlich der Tod des Patienten, entfiele. Eine Verletzung der Sorgfaltspflichten, die sich im konkreten Fall nicht ausgewirkt hat, bleibt hier — anders als bei der berufsgerichtlichen Würdigung — also außer Betracht. Hat der Operateur infolge eines Sorgfaltsmangels keine Vorsorge gegen das Narkoseerbrechen getroffen, stirbt der Patient aber während der Operation an einem Herz- und Kreislaufversagen, so ist die Kausalität zwischen dem Sorgfaltsmangel und dem Tod des Patienten zu verneinen.

Viel schwieriger sind die Fälle zu beurteilen, in denen feststeht, daß gerade dasjenige positive Tun oder Unterlassen, in dem die Verletzung der Sorgfaltspflichten zu finden ist, den Tod des Patienten herbeigeführt hat, wo aber fraglich ist, ob nicht der Tod auch ohne diese Pflichtverletzung eingetreten wäre, z.B. wenn ein Medikament überdosiert war, aber Anzeichen dafür vorliegen, daß der Patient infolge einer ex ante nicht erkennbaren individuellen Überempfindlichkeit auch an der normalen Dosis gestorben wäre. Zu Recht vertritt die oberstgerichtliche Rechtsprechung (vgl. BGHSt 11, S. 1) die Auffassung: Wäre der Tod auch dann eingetreten, wenn sich der Täter einwandfrei verhalten hätte, oder läßt sich dies aufgrund von erheblichen Tatsachen nach der Überzeugung des Tatrichters nicht ausschließen, so darf der ursächliche Zusammenhang zwischen dem pflichtwidrigen Verhalten und dem Tod nicht bejaht werden. Die bloße gedankliche Möglichkeit, daß der Tod des Patienten auch bei pflichtgemäßem Verhalten eingetreten wäre, reicht allerdings zur Verneinung der Kausalität nicht aus. Der Grundsatz, daß im Zweifel zugunsten des Angeklagten zu entscheiden ist („in dubio pro reo“), greift hier nur durch, wenn der Richter aufgrund bestimmter Tatsachen beachtliche Zweifel hat, ob der Tod nicht auch ohne die (nachgewiesene) Verletzung der Sorgfaltspflichten eingetreten wäre.

Liegt dem Arzt ein Unterlassen zur Last, so ist anhand des hypothetischen Kausalverlaufs zu prüfen, ob die Maßnahme, deren Unterlassung dem Arzt zum Vorwurf gemacht wird, den Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gerettet hätte (vgl. BGHSt 6, S. 2).

Steht fest, daß der Arzt die objektiv gebotene Sorgfalt verletzt hat, und daß diese Pflichtverletzung ursächlich für den Tod des Patienten war, so ist weiter zu prüfen, ob er nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten imstande war, die objektiv gebotene Sorgfalt zu beachten. Verletzt ein Arzt bei einem schwierigen Eingriff anläßlich einer Notoperation eine *lex artis*, die er nach seinem theoretischen und praktischen Ausbildungsstand nicht beherrschte und nicht beherrschen konnte, so trifft ihn insoweit keine Schuld. Zu beachten ist aber, daß der Arzt es sich zum Verschulden anrechnen lassen muß, wenn er eine Behandlung übernimmt, für die er keine ausreichende fachliche Qualifikation besitzt.

Strafrechtliche Verantwortung setzt ferner voraus, daß der Schaden, den der Patient durch die fehlerhafte Behandlung erlitten hat, für den Arzt objektiv und subjektiv (also im Hinblick auf seine indi-

viduellen Kenntnisse und Fähigkeiten), zwar nicht in allen Einzelheiten, aber doch wenigstens in großen Zügen vorhersehbar war. Daß eine Verletzung von Kunstregeln und allgemeinen Sorgfaltspflichten den Patienten schädigen kann, liegt auch für einen wenig Phantasiebegabten auf der Hand. Die Kunstregeln sind ja gerade mit dem Ziel geschaffen worden, den Patienten vor Schaden zu bewahren. Als voraussehbar muß auch ein Schaden gelten, der nicht die regelmäßige, sondern nur eine mögliche Folge des in Frage stehenden Kunstfehlers ist, solange diese Folge noch im Rahmen der allgemeinen Lebenserfahrung liegt. Nicht voraussehbar ist im allgemeinen ein Schaden, der als Folge eines Sorgfaltsmangels nur aufgrund einer Verkettung unglücklicher Umstände eintritt oder den der Patient durch ein ganz unvernünftiges eigenes Verhalten herbeigeführt hat. Hat beispielsweise ein Patient durch eine fehlerhafte Behandlung einen leichten Schaden erlitten, der eine ärztliche Behandlung erfordert und erleidet der Patient auf dem Weg zur Behandlung einen tödlichen Verkehrsunfall, so ist die Kausalität zwischen der fehlerhaften Behandlung und dem Tod des Patienten gegeben. Es handelt sich hier aber um einen atypischen, für den Arzt nicht vorhersehbaren Kausalverlauf.

Um die Aspekte der strafrechtlichen Beurteilung abzuschließen, noch einen im Hinblick auf die zunehmende Arbeitsteilung sehr wesentlichen Gesichtspunkt: Das Strafrecht kennt nur eine Verantwortung für die eigene Schuld. Für Sorgfaltsmängel von Mitarbeitern und Hilfskräften, die einen Körperschaden oder den Tod des Patienten zur Folge haben, kann der Arzt nur dort strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, wo er durch seinen eigenen schuldhaften Mangel an Sorgfalt bei der Aufgabenzuweisung und bei der Anleitung oder Überwachung nachgeordneter Kräfte die Fehlleistung ermöglicht oder erleichtert hat. Auszugehen ist von dem Prinzip der Eigenverantwortung dessen, dem eine bestimmte Aufgabe übertragen ist, und von dem Vertrauensgrundsatz, der es dem Arzt erlaubt, sich auf sorgfältig ausgewählte und als zuverlässig erwiesene Hilfskräfte zu verlassen, soweit ihre Qualifikation für die ihnen übertragenen Aufgaben reicht. Die Anforderungen, die von der Rechtsprechung an die Kontroll- und Überwachungspflichten gestellt werden, sind aber oft noch recht streng.

Der Vertrauensgrundsatz gilt noch stärker als bei der eben erwähnten Aufgabenzuweisung an nachgeordnete Kräfte, die man als „vertikale“ Arbeitsteilung bezeichnen könnte, bei der „horizontalen“ Arbeitsteilung, nämlich bei der Aufgabenteilung zwischen Ärzten, die selbständig und in eigener Verantwortung die Aufgaben ihrer Fachgebiete wahrnehmen, wie z. B. Chirurg und Fachanästhesist während der Operation. Solange sich hier keine konkreten, ins Auge springenden Hinweise auf Qualifikations- oder Sorgfaltsmängel ergeben, darf sich jeder der beteiligten Ärzte voll auf die Verrichtungen seines Fachgebietes konzentrieren und darauf vertrauen, daß sein Partner die ihm obliegenden Aufgaben *lege artis* erfüllt.

Bei der zivilrechtlichen Haftung aus Vertrag oder aus unerlaubter Handlung stellt sich zunächst, ebenso wie im Strafrecht, die zentrale Frage, ob das Verhalten des Arztes objektiv fehlerhaft und

ein nachgewiesener Sorgfaltsmangel ursächlich für den Schaden war. Im Gegensatz zur streng individualisierenden Prüfung des Verschuldens im Strafrecht stellt jedoch das Zivilrecht lediglich auf einen objektivierte Sorgfaltsmaßstab ab. Wer eine Behandlung übernimmt, hat zivilrechtlich für die Beachtung der in seinem Berufskreis üblichen Sorgfalt einzustehen.

Unterschiede bestehen auch in der Beurteilung der Kausalität und vor allem hinsichtlich der Haftung für das Verschulden Dritter. Ein Verschulden seines Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten aus dem Behandlungsvertrag bedient, seiner sogenannten Erfüllungsgehilfen, hat der Arzt in gleichem Umfang zu vertreten wie eigenes Verschulden. Bei den Verrichtungsgehilfen kann er sich dagegen entlasten, wenn er beweisen kann, daß er bei ihrer Auswahl und Überwachung die erforderliche Sorgfalt beobachtet hat.

Näher möchte ich auf die zivilrechtliche Haftung nicht eingehen, weil ich hoffen darf, daß Sie alle eine Versicherung gegen Schadensersatzansprüche abgeschlossen haben und daß diese Ihnen die Sorgen der Prozeßführung weitgehend abnimmt.

Wenn ich mich nun der Frage zuwende, welche Vorsichtsmaßregeln der Arzt beachten soll, um nicht Gefahr zu laufen, in einen Kunstfehlerprozeß verwickelt zu werden, so bin ich mir bewußt, daß im Mittelpunkt dieser Erwägungen die *leges artis* stehen, die allein der Arzt kennt und in ihrer Tragweite beurteilen kann. Manches ist dabei freilich auch für den Laien verblüffend: Wie ich dem eingangs erwähnten Bericht über Kunstfehler in den USA entnommen habe, gehören so banale — und ich würde meinen weitgehend vermeidbare — Zwischenfälle, wie der Sturz des Patienten vom Operationstisch, dort zu den häufigsten Ursachen für Kunstfehlerprozesse. Der Bundesgerichtshof hat anläßlich eines solchen Zwischenfalles ausgeführt, es sei eine gute alte Regel, alle Manipulationen und Einspritzungen am liegenden Patienten vorzunehmen, weil immer einmal mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß der Patient ohnmächtig wird und sich durch einen Fall verletzt (BGHZ 1, 383). Ich möchte aber selbstverständlich nicht auf die einzelnen Kunstfehler eingehen, mit denen sich die Rechtsprechung zu beschäftigen hatte, sondern lediglich den Versuch unternehmen, einige mehr grundsätzliche Hinweise zu geben, wie prozeßträchtige Fehler vermieden werden können.

Die erste Frage, die sich dem Arzt vor einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme stellt, die mit Risiken für den Patienten verbunden ist, wird lauten müssen: Stehen die Risiken in einem angemessenen Verhältnis zu dem erstrebten Erfolg? Je weniger lebenswichtig ein Eingriff oder eine Behandlung für den Patienten ist, desto sorgfältiger werden die dem Patienten drohenden Gefahren in Rechnung gestellt werden müssen und um so mehr Gewicht gewinnt das Gebot des „*nil nocere*“; um so strenger ist im übrigen auch die Aufklärungspflicht. Das typische Beispiel ist die kosmetische Operation. Die Rechtsprechung geht von der zutreffenden Erwägung aus, daß der Patient in diesen Fällen vor einer echten freien Wahl steht und deshalb die Möglichkeit haben muß, die Risiken voll abzuwägen. Diese freie Wahl fehlt ihm dagegen bei dem entgegengesetzten Extremfall, dem zur Le-

bensrettung unabwendbaren dringenden Eingriff. Die Rechtsprechung billigt dem Arzt zu, daß hier mit der Aufklärung, nicht viel Umstände gemacht zu werden brauchen.

Bestehen allgemeine Kunstregeln, die ein bestimmtes Verfahren zwingend gebieten oder verbieten, so wird sie der Arzt ungeachtet des Grundsatzes der Behandlungsfreiheit zu beachten haben. Stehen im Rahmen dispositiver Kunstregeln mehrere Verfahren zur Wahl, so muß sich der Arzt entscheiden, ob er der Methode den Vorzug geben soll, die die besseren Erfolgsaussichten bietet oder derjenigen, die mit den geringeren Risiken belastet ist. Stehen mehrere Verfahren mit annähernd gleichen Erfolgsaussichten und Risiken zur Wahl, so sollte er dasjenige anwenden, das er am besten beherrscht. Die Vielfalt der modernen Verfahren und die Erweiterung des fast unübersehbar gewordenen Arzneimittelschatzes wirken sich nicht immer zum Segen des Patienten aus.

Nach der Rechtsprechung ist der Arzt zwar nicht verpflichtet, das als das wirksamste geltende Mittel auch dann anzuwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt. Erkennt er aber oder muß er erkennen, daß seine Heilmethode in einem bestimmten Fall nicht ausreicht, so muß er, namentlich bei gefährlichen Krankheiten, wenn für deren Behandlung noch ein anderes, weit verbreitetes und erprobtes Verfahren in Frage kommt, entweder dieses andere Verfahren anwenden oder die Behandlung aufgeben und für die Zuziehung eines anderen Arztes bzw. die Einweisung des Patienten in ein Krankenhaus sorgen (BGH in DA 1967, S. 430). Ist der Arzt Anhänger einer bestimmten Heilmethode, so muß er sich streng an sie halten.

Kein Raum ist sicherlich in der Sprechstunde für das medizinische Experiment am Menschen und grundsätzlich wohl auch nicht für die Erprobung neuer Heilmittel und Heilmethoden. Der Arzt ist zwar verpflichtet, sich über die Fortschritte der Medizin zu unterrichten. Neue Heilmethoden, die erst seit kurzer Zeit bekannt sind und über deren Erfolge wissenschaftlich gefestigte Ergebnisse noch nicht vorliegen, dürfen aber nur mit spezieller Einwilligung des Patienten angewendet werden. Ebenso sollte sich der Arzt der speziellen Einwilligung versichern, wenn er bei seiner Behandlung von der allgemein üblichen Methode abweichen will.

Bei der Frage nach der persönlichen Qualifikation ist davon auszugehen, daß der Arzt mit der Bestallung zwar die öffentlich-rechtliche Befugnis erwirbt, die Heilkunde auf dem gesamten Gebiet der Humanmedizin auszuüben, daß er aber stets zur Prüfung verpflichtet bleibt, ob seine Fähigkeiten und Kenntnisse gerade im gegebenen Fall zur Feststellung der Krankheit und zu ihrer erfolgversprechenden Behandlung genügen (RGSt 67, S. 23). Die Überschreitung des Fachgebietes kann als solche nicht bereits als Verletzung der Sorgfaltspflichten angesehen werden. Zweifellos gilt aber der Grundsatz, daß derjenige Arzt am ehesten davor gesichert ist, in einen Kunstfehlerprozeß verwickelt zu werden, der eine ausreichende fachliche Qualifikation für den in Frage stehenden Eingriff nachweisen kann. Die Verteidigung, er habe eine allgemein anerkannte Kunstregel nicht gekannt, wird jedenfalls

dort versagen, wo der Arzt die Möglichkeit hatte, einen Facharzt zuzuziehen.

Neben die Frage nach der eigenen fachlichen Qualifikation tritt die nach der Qualifikation der Mitarbeiter. Eingriffe, bei denen schwerwiegende Zwischenfälle möglich sind, sollten niemals ohne eine Hilfskraft vorgenommen werden, die dem Arzt bei einem Zwischenfall sofort an die Hand gehen kann. Ärztliche Verrichtungen dürfen dem Heilhilfspersonal nicht zur Ausführung in eigener Verantwortung übertragen werden. Was als dem Arzt vorbehaltene Verrichtung zu gelten hat, ist im einzelnen gelegentlich umstritten. Von erheblicher praktischer Bedeutung ist dieser Streit z.B. bei der intravenösen Injektion. Ich möchte meinen, daß der Arzt jedenfalls die Mittel, die bei einer versehentlichen intraarteriellen Injektion zu schweren Schäden führen können, selbst spritzen sollte. Die Zahl dieser Mittel ist im übrigen viel größer als man zunächst annehmen würde und eine absolut sichere Methode, die versehentliche intraarterielle Injektion zu vermeiden, scheint es, wie bereits erwähnt, nicht zu geben.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auch auf die Narkose eingehen. Die Narkose ist ein schwerwiegender Eingriff, der dem Heilhilfspersonal nicht zur Ausführung in eigener Verantwortung übertragen werden darf. Nach dem erwähnten Bericht über Kunstfehlerprozesse in den USA stehen Narkosezwischenfälle in ihrer Häufigkeit an vierter und in der Höhe der eingeklagten Schadenssummen sogar an erster Stelle. Dabei war die mangelhafte Untersuchung des Patienten vor der Narkose der häufigste Grund, auf den sich die Kläger stützten. Auch bei uns ist die Narkosemortalität beträchtlich; sie wird von BEECHER-TODD mit 1 : 2680 angegeben, liegt aber tatsächlich wohl noch beträchtlich höher, wobei davon auszugehen ist, daß ein ganz erheblicher Teil der Zwischenfälle vermeidbar war. Nach HOLZER (Klinische Medizin 1965, S. 175, 180) dürfte der Narkosezwischenfall an erster Stelle unter den Todesfällen während einer Operation stehen. Die ambulante Kurzarkose muß meist unter ungünstigeren Voraussetzungen durchgeführt werden als die stationäre Narkose und es ist bei der ambulanten Narkose oft schwieriger, Zwischenfälle schnell und sicher unter Kontrolle zu bringen.

Auch die Lokalanästhesie, der in der ambulanten Praxis offenbar zu Recht weit überwiegender Vorzug vor der Narkose gegeben wird, ist keineswegs ungefährlich, so vor allem, wenn das Anästhetikum unmittelbar in die Blutbahn gerät. Darüber hinaus gibt es immer wieder Fälle individueller Überempfindlichkeit gegen Medikamente, die schwer vorausehbar sind. So wurden z.B. nach PERRET bei Blockaden mit Novokain 0,14 schwere, davon 0,07% tödliche Zwischenfälle festgestellt. Der Arzt kann hier die Gefahr von dem Patienten vielleicht auch durch eine Voruntersuchung und Befragung nicht abwenden. Hat er sie aber unterlassen, so liegt es nahe, darin eine Verletzung der Sorgfaltspflicht zu sehen und zumindest prima facie ihre Ursächlichkeit für den Tod des Patienten anzunehmen.

Die beste fachliche Qualifikation und die größte ärztliche Sorgfalt bei der Behandlung des Patienten können nur dann voll zum Tragen kommen, wenn dem Arzt die technische und apparative Aus-

rüstung zur Verfügung steht, die er für den in Frage stehenden Eingriff benötigt. Daß der Facharzt über die für sein Fachgebiet erforderlichen Einrichtungen verfügen muß, wird schon in der Berufsordnung ausdrücklich bestimmt. Wichtig ist darüber hinaus, daß er auch über ein Minimum an Ausrüstung für die Therapie der in Betracht zu ziehenden Zwischenfälle verfügt. Gefordert wird hier z.B., daß bei Eingriffen mit Narkose zumindest ein einfaches Beatmungsgerät in der Form eines Atembeutels und ein Absaugegerät bereitsteht. Darüber hinaus wird gelegentlich gefordert, daß für die Therapie von Zwischenfällen auch ein Intubationsbesteck zur Verfügung steht, was nur sinnvoll ist, wenn man zugleich fordert, daß der Arzt die Technik der Intubation beherrscht.

Selbstverständlich wird der Arzt bei einem schwerwiegenden Zwischenfall, dessen Therapie er allein nicht zu bewältigen vermag, kollegiale Hilfe herbeizuholen versuchen oder den Patienten zur weiteren Behandlung in ein Krankenhaus verbringen lassen.

Damit haben wir uns der für das Thema zentralen Frage genähert, welche Behandlungen, insbesondere welche operativen Eingriffe in der Sprechstunde durchgeführt werden dürfen. Hier eine kasuistische Enumeration zu versuchen, erscheint mir weder von der Sache her möglich, noch im Interesse der Ärzte sinnvoll. Jede Kasuistik scheitert schon daran, daß die technische und apparative Ausstattung der einzelnen Sprechstunde, die persönlichen Kenntnisse und Erfahrungen der behandelnden Ärzte und vor allem die gesundheitlichen Verhältnisse der Patienten, die zum Eingriff heranstehen, stark differieren. Es liegt auf der Hand, daß dem Allgemeinarzt in einer Landpraxis engere Grenzen gezogen sind, als dem leitenden Arzt eines Großkrankenhauses, dem für die ambulante Praxis im Krankenhaus hochqualifiziertes Hilfspersonal, ärztliche Assistenz und ein Fachanästhesist, bei Zwischenfällen darüber hinaus die gesamte Einrichtung des Krankenhausbetriebes zur Verfügung steht.

Die Formel, daß die Operation, falls nicht Gefahr im Verzuge ist, an dem Ort vorzunehmen ist, an dem alle zu ihrer Durchführung — einschließlich der Therapie von Zwischenfällen — erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, klingt — wie ich gerne einräume — etwas salomonisch. Konkretisieren läßt sich diese Aussage vielleicht noch dahin, daß schwerwiegende Eingriffe, wie die Öffnung der Bauchhöhle, regelmäßig nur im Krankenhaus vorgenommen werden sollen. Auch hier sind aber die Übergänge fließend, so z.B. bei Spezialisten, die im Rahmen ihrer Praxis über einen eigenen Operationsraum und über einen Praxisannex mit einigen Betten verfügen. In Grenzfällen sollte nach dem oben erwähnten Grundsatz verfahren werden, daß der Arzt im Zweifel der sichereren Methode den Vorzug zu geben hat. Mit schwerwiegenden Zwischenfällen muß er, wie gleichfalls bereits erwähnt, auch bei verhältnismäßig kleinen Eingriffen rechnen.

Nun zur dritten Frage: Was kann und soll der Arzt tun, wenn sich in seiner Sprechstunde ein tödlicher Zwischenfall ereignet hat? Dazu eine Bemerkung zur Ausgangssituation. Ob zivilrechtlich Schadensersatzansprüche erhoben werden, entscheiden ausschließlich die Geschädigten, also regelmäßig die nächsten Ange-

hören des verstorbenen Patienten. Aber auch ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung infolge eines Zwischenfalls in der Sprechstunde wird unter Umständen nicht so sehr aus eigener Initiative der Polizei oder der Staatsanwaltschaft, als vielmehr aufgrund einer Strafanzeige der Angehörigen des Patienten eingeleitet werden. Für diejenigen, die Schadensersatzansprüche stellen wollen, ist die Strafanzeige oft der einfachste und zugleich billigste Weg, Klarheit darüber zu gewinnen, ob der Tod durch eine Fahrlässigkeit des Arztes oder seiner Hilfspersonen herbeigeführt wurde. Mag ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren und ein Strafverfahren enden wie es will und mag eine Anzeige noch so unbegründet sein, den Arzt wird ein solches Verfahren seelisch schwer belasten.

Wir dürfen hier freilich nicht außer acht lassen, daß der Leichenschauer verpflichtet ist, unverzüglich Anzeige und Befundberichte an die Gemeinde zu erstatten, falls sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, also etwa eine fahrlässige Tötung durch ärztlichen Kunstfehler ergeben. Die Gemeinde ihrerseits ist verpflichtet, den Todesfall unter diesen Voraussetzungen der Staatsanwaltschaft oder dem zuständigen Amtsrichter mitzuteilen.

Verzichten werden die Angehörigen auf eine gerichtliche Klärung der Todesursache am ehesten, wenn der Arzt ihnen eine überzeugende Erklärung für den Tod geben kann. Er sollte sich, falls er sich über die möglichen Ursachen nicht im klaren ist, mit den an der Operation Beteiligten und, soweit ihm an Ort und Stelle dazu Zeit verbleibt, mit Kollegen besprechen, die auf dem in Frage stehenden Gebiete besondere Erfahrungen besitzen. Ist die Todesursache ungewiß, so sollten keine wechselnden und sich widersprechenden Erklärungen abgegeben werden, weil dies auch bei Gutwilligen von vorneherein Mißtrauen erwecken muß. Dann erscheint es mir richtiger, den Angehörigen zu sagen, daß die Todesursache nur durch eine nähere, meist wohl pathologische Untersuchung geklärt werden kann. Eine Sektion kann bei der gegenwärtigen Rechtslage aber schon daran scheitern, daß die Angehörigen ihr Einverständnis verweigern. Der Arzt kann dann versuchen, die Leichenöffnung und die nähere Feststellung der Todesursache dadurch zu erzwingen, daß er von sich aus die Polizei oder die Staatsanwaltschaft über den Todesfall in seiner Sprechstunde unterrichtet. Zur Selbstanzeige ist er aber nicht verpflichtet. Immer sollte der Arzt bei einer Operation und vor allem bei Operationszwischenfällen ein Operationsprotokoll anfertigen und, wenn es ihm um die objektive Klärung der Todesursache geht, sofort die Reste injizierter Medikamente sicherstellen, um ihre Überprüfung zu ermöglichen.

An der Klärung der Todesursache zu seiner eigenen Unterrichtung wird der gewissenhafte Arzt schon deshalb interessiert sein, weil sie es ihm vielleicht ermöglicht, künftig ähnliche Zwischenfälle zu vermeiden. Was er im Interesse seiner Rechtsverteidigung in einem drohenden Kunstfehlerprozeß zur Klärung der Todesursache tun muß, bestimmt sich dagegen nach den straf- und zivilprozessualen Regeln über die Beweislast.

Der Strafprozeß ist hierin weitgehend problemlos. Es gibt im Strafprozeß keine Beweislast des Beschuldig-

ten. Er hat nicht seine Unschuld zu beweisen, sondern seine Schuld ist ihm nachzuweisen. Tatzweifel gehen zu seinen Gunsten nach dem bereits erwähnten Grundsatz „in dubio pro reo“. Die Nichtaufklärbarkeit des Sachverhalts geht strafprozessual keinesfalls zu Lasten des Arztes. Nicht aufklärbar ist der Sachverhalt z.B., wenn nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann, wer von den an der Operation beteiligten Ärzten und Hilfspersonen den Tod verursacht hat oder wenn nicht ausgeschlossen werden kann, daß der Tod nicht auf einem nachgewiesenen fehlerhaften Handeln des Arztes, sondern auf anderen Ursachen beruht oder wenn, wie ich näher ausgeführt habe, Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß der Tod auch bei Beachtung der gebotenen Sorgfalt eingetreten wäre.

Die Ausgangslage ist im Zivilprozeß ähnlich. Die Beweislast obliegt demjenigen, der wegen eines angeblichen ärztlichen Kunstfehlers Schadensersatzansprüche erhebt. Dem Geschädigten kommt hier aber unter Umständen der Beweis des ersten Anscheins und sogar eine Umkehrung der Beweislast zugute. Bei typischen Geschehensabläufen, also bei Tatbeständen, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung auf ein bestimmtes ärztliches Verhalten hinweisen, kann der Richter im Wege der Beweiswürdigung auf einen Kausalzusammenhang oder auf ein Verschulden des beklagten Arztes schließen, ohne daß es insoweit eines Beweisantrittes durch den Kläger bedarf. Aufgrund des Anscheinsbeweises kann von einem feststehenden Ereignis, also der Verletzung der Kunstregeln, auf den Zusammenhang mit dem eingetretenen Erfolg, aber auch umgekehrt von einem eingetretenen Erfolg, dem Tod des Patienten, auf ein bestimmtes Ereignis als Ursache geschlossen werden. Der Anscheins- oder prima facie-Beweis kommt zugunsten des Geschädigten immer dann in Betracht, wenn die ärztliche Behandlung einen Schaden zur Folge hat, der nach medizinischer Erfahrung typischerweise auf einen schuldhaften ärztlichen Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Um wenigstens ein Beispiel zur Illustration aufzuführen: Das Zurücklassen eines Fremdkörpers in der Operationswunde spricht nicht in jedem Fall nach der allgemeinen Lebenserfahrung für das Vorliegen eines ärztlichen Kunstfehlers; es kommt vielmehr auf die konkreten Umstände an, wie z.B. Art und Größe des zurückgelassenen Fremdkörpers.

Sind die Voraussetzungen des Anscheinsbeweises gegeben, so ist es Sache des Arztes, ihn zu erschüttern. Er muß dann Tatsachen behaupten und beweisen, die die Möglichkeit eines anderen Zusammenhangs in ernste Betrachtung rücken. Der Arzt muß beim Zurücklassen größerer Fremdkörper also z.B. beweisen, daß infolge starker Blutungen und im Hinblick auf die Überlastung durch eine lebensbedrohende Komplikation eine außergewöhnliche Situation vorgelegen hat, in der die Schlußfolgerung aus der allgemeinen Lebenserfahrung, bei gehöriger Aufmerksamkeit hätte das Zurückbleiben eines so großen Fremdkörpers vermieden werden können, nicht mehr gelten kann. Ist der Anscheinsbeweis erschüttert, so gelten wieder die allgemeinen Beweisregeln. Läßt sich der Sachverhalt im Prozeß nicht völlig aufklären, so geht dies auch im Zivilprozeß grundsätzlich nicht zu Lasten des Arztes.

Eine Umkehrung der Beweislast zum Nach-

teil des Arztes tritt jedoch nach der Rechtsprechung dann ein, wenn der Arzt vorsätzlich oder grob leichtfertig eine Gefahr für den Patienten herbeigeführt hat, die den Umständen nach geeignet ist, gerade den Schaden herbeizuführen, der eingetreten ist. Das gleiche gilt, wenn der Arzt schuldhaft einen groben Behandlungsfehler begangen hat, etwa hochwirksame Morphine in kurzen Zeitabständen ohne Voruntersuchung des Patienten spritzt.

Die Beweislast kehrt sich zum Nachteil des Arztes auch dann um, wenn er dem Geschädigten die Beweisführung schuldhaft erschwert oder vereitelt, also z. B. den in der Wunde zurückgelassenen und später herausoperierten Tupfer vernichtet. Weiter kann den Arzt der Beweis für die Beachtung der *leges artis* bei einer mißglückten Operation treffen, wenn er es unterläßt, Aufzeichnungen über den Operationsverlauf zu machen, obwohl er dazu nach der Berufsordnung oder den besonderen Umständen des Falles verpflichtet war. Wird ein Eingriff schuldhaft ohne die wirksame Einwilligung des Patienten vorgenommen, so ist der Arzt zum Ersatz eines eintretenden Schadens auch dann verpflichtet, wenn er den Eingriff *lege artis* ausgeführt hat. Behauptet er, daß der Schaden auch ohne den Eingriff eingetreten wäre, so muß er dies beweisen.

Insgesamt darf aber festgestellt werden, daß die Rechtsprechung gerade in der Frage der Beweislastverteilung z. T. zugunsten des Arztes von den sonst geltenden Beweislastregeln abweicht, weil der Eingriff in den menschlichen Organismus mit seinen vielen Unwägbarkeiten nicht wie eine normale vertragliche Dienstleistung behandelt werden kann (vgl. auch UHLENBRUCK, NJW 1965, S. 1057, 1064).

Da ich das Gespräch zwischen dem Arzt und dem Geschädigten vorher erwähnt habe, möchte ich darauf hinweisen, daß der Arzt, der den Schadenersatzanspruch gegenüber dem Geschädigten anerkennt, damit unter Umständen seinen Anspruch aus der Haftpflichtversicherung verliert. Der Arzt sollte sich auch vergewissern, innerhalb welchen Zeitraums er den Schadensfall nach den Versicherungsbedingungen seiner Versicherungsgesellschaft bei Vermeidung von Rechtsnachteilen mitzuteilen hat.

Gelegentlich habe ich bereits darauf hingewiesen, daß auch die ärztliche Berufsordnung den Arzt zur sorgfältigen Behandlung verpflichtet. Dem gleichen Ziel, nämlich der sorgfältigen Berufsausübung dient die Weiterbildungspflicht und zumindest teilweise auch die Beschränkung auf das Fachgebiet. Verletzungen dieser Pflichten können im Wege der Berufsaufsicht gerügt und durch berufs-

gerichtliche Maßnahmen geahndet werden. Anders als für die zivil- und strafprozessuale Verantwortlichkeit, die erfordern, daß aus der Pflichtverletzung ein Schaden entstanden ist, genügt für die berufsgerichtliche Ahndung bereits die Pflichtverletzung als solche. Darüber hinaus kann nach der Bundesärzteordnung die Bestallung zurückgenommen werden (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 in Verb. mit § 3 Abs. 1 Nr. 3), wenn der Arzt die für die Ausübung des Berufes erforderliche Zuverlässigkeit nicht mehr besitzt. Dazu reicht aber ein einmaliger Kunstfehler wohl kaum jemals aus, es müßte sich denn um einen Verstoß handeln, der aufdecken würde, daß der Arzt völlig gewissenlos handelt, oder daß er die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht mehr besitzt, die Voraussetzung für die ärztliche Berufsausübung sind.

Als Schlußbemerkung noch ein Hinweis auf die Gesamtsituation. Am Ende des mehrfach erwähnten Erfahrungsberichtes über Kunstfehlerprozesse in den USA erwähnt sein Verfasser, in Deutschland hätten in einigen Prozessen die in dem Bericht erwähnten Kunstfehler eine Rolle gespielt, aber längst nicht in dem beängstigenden Umfang wie in den USA. In Deutschland liege das Hauptproblem darin, daß der Arzt für die Folgen einer kunstgerechten Behandlung deshalb haftbar gemacht werden könne, weil er den Patienten nicht genügend aufgeklärt habe. Auch insoweit ist aber übertriebene Ängstlichkeit nicht am Platze. Bei 175 „Arzturteilen“, die in die Zeit von 1951 bis 1962 dort angefallen sind, hatte sich der Bundesgerichtshof insgesamt 15mal, und hier z. T. nur am Rande, mit Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht zu befassen. Nur in 4 von 8 endgültig entschiedenen Prozessen wurde der Arzt oder das Krankenhaus zum Schadenersatz verurteilt und nur in einem Strafverfahren wurde ein Arzt wegen Verletzung der Aufklärungspflicht bestraft, wobei zudem ein Kunstfehler im Hintergrund stand.

Damit hoffe ich, aufgezeigt zu haben, daß bei der ärztlichen Berufsausübung zwar größte Sorgfalt geboten ist, daß aber zu Überängstlichkeit im Hinblick auf drohende Kunstfehlerprozesse kein Anlaß besteht. Die ärztliche Behandlung bleibt bei allen Fortschritten der Medizin reich an Risiken. Diese Risiken dürfen und müssen im Interesse des Patienten eingegangen werden; sie dürfen nur nicht über das unabwendbare Maß hinaus erhöht werden. Wirken sich unvermeidbare Risiken im Einzelfall aus, so kann das nicht zu Lasten des Arztes gehen, der sorgfältig verfahren ist, denn der Mensch ist nicht der Meister der Natur.

Anschr. d. Verf.: Walther Weißauer, Ministerialrat, 8050 Freising, Eckerstraße 34

Band 10 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der Magen- und Darmkrankheiten Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

(Aus der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Chefarzt: Med.-Dir. Professor Dr. Max J. Halhuber)

Aufgaben und Möglichkeiten der Diagnostik an der Klinik Höhenried*)

Von Hubert Hofmann

Kardiologische Labormethoden nehmen eine zentrale Stellung im Rahmen der Aufgaben der Klinik Höhenried ein, denn sie erleichtern und verbessern

1. die Früh- und Differentialdiagnostik, d. h. die Erkennung von Herz- und Kreislaufkrankheiten, insbesondere von erworbenen Herzklappenfehlern und Koronarerkrankungen
2. die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Herzens und der peripheren Kreislaufregulation in Ruhe und unter Belastungsbedingungen; danach sind Richtlinien für die Dosierung der Bewegungstherapie zu erarbeiten



Abbildung 1

Angelegtes Herzscharfmikrophon. Daneben Vorrichtung für Venenpulsschreibung nach Altmann

Um diese Aufgaben zu erfüllen, stehen uns von der Elektro- und Phonokardiographie (Abb. 1) über die Ergometrie und Spirographie bis zur EKG-Telemetrie und dem Herzkatheterismus zahlreiche Methoden zur Verfügung (Abb. 2). Diese Untersuchungsverfahren werden noch durch eine komplett eingerichtete Röntgenabteilung und ein modernes klinisches Laboratorium ergänzt.

Von allen Patienten werden bei der Aufnahme ein Ruhe-EKG und eine Herzfernaufnahme angefertigt. Da ein ergometrischer Belastungstest aus technisch-organisatorischen Gründen noch nicht bei jedem Patienten ausgeführt werden kann, beschränken wir uns vorläufig auf jene Kranke, bei denen Vorgeschichte und klinischer Befund noch keine Zuteilung zu einer der Leistungsgruppen bzw. eine eindeutige Funktionsdiagnose (Belastungshochdruck, latente Herzinsuffizienz, Verdacht auf verringerte Koronarreserve) erlaubt. Bei etwa jedem Dritten wird die Ergometrie vorgenommen,

bei manchen sogar mehrmals. Die Planung weiterer Untersuchungen hängt von der Notwendigkeit der diagnostischen Abklärung bzw. Kontrolle des Krankheitsbildes ab. Dazu verfügt die Klinik auch über eine vollständige Einrichtung für endoskopische Untersuchungen, wie Laparaskopien einschließlich Leberpunktionen, Gastroskopien und Magensaugbiopsien sowie endovesikale Untersuchungen.

Von insgesamt 8769 kardiologischen Untersuchungen entfielen in der Zeit vom 1. März bis 31. Dezember 1967 unter anderem 6684 auf Ruhe-Elektrokardiogramme, 992 auf Ergometrien und 175 auf Phonokardiogramme. Aus der Fülle der Probleme und Erfahrungen im Aufbau der Abteilung für Kreislaufdiagnostik unserer Klinik wollen wir jene Gesichtspunkte herausgreifen, deren Erörterung von allgemeinem Interesse ist.

Bei der Wichtigkeit der Ergometrie zur Beurteilung der Leistungsbreite des Herzens und des Kreislaufs möchten wir die während der ersten Monate der Existenz unserer Klinik geübte Methode der submaximalen Belastung näher beschreiben.

Beim Treten des Fahrradergometers (Lohde bzw. Monark) in sitzender Stellung werden Blutdruck, Pulsfrequenz und Elektrokardiogramm während einer 3-Minuten-Ruhephase, einer 10-Minuten-Belastung und einer 5-Minuten-Erholungsphase in Abständen von einer Minute registriert.

Die EKG-Elektroden sind nach der Modifikation von ROSENKRANZ und DREWS auf einem Gummiband um den Thorax so angeordnet, daß die Brustwandableitungen V_1 sowie V_5 und V_6 an den üblichen Ableitungsstellen, die Extremitätenableitungen in Form



Abbildung 2

Die vom Patienten abgeleiteten frontalen, sagittalen und horizontalen Vektorschleifen erscheinen auf dem Oszillographen und werden dann mit einer Polaroid-Kamera fotografiert

*) Dieses Referat ist Band 7 — 2. ergänzte Auflage — der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe entnommen. Die 1. Auflage erschien zur offiziellen Einweihung der Klinik Höhenried der Landesversicherungsanstalt Oberbayern am 25. Oktober 1967.



Abbildung 3

Spiroergometrie mit automatischer Registrierung der Atemvolumina und zusätzlicher Kontrolle von Blutdruck und EKG (Meßplatz mit offenem System von Fenyes-Gut)

des Einthovenschen Dreiecks hingegen am Rücken angelegt werden; letztere werden im allgemeinen nicht registriert, da pathologische ST-T-Veränderungen am frühesten in den Brustwandableitungen zu beobachten sind.

Bei der einmaligen Belastung von 10 Minuten Dauer belasten wir im allgemeinen die Patienten mit 75 und 100 Watt bei 40 Umdrehungen pro Minute. Diese Belastungsweise entspricht grob der von MELLEROWICZ empfohlenen Belastungshöhe von 1 kg Körpergewicht = 1 Watt Belastung. Patienten mit abgelaufenen Herzinfarkten unterziehen wir sogar nur einer Belastung mit 25 oder 50 Watt.

Bei der Beurteilung unserer Ergebnisse mit dieser ergometrischen Methode dienen uns zum Vergleich die von KIRCHHOFF ermittelten Normalwerte entsprechend der Altersgruppe und dem Geschlecht des Probanden. Nach unseren bisherigen Erfahrungen hat sich diese einmalige 10minütige Belastungsform besonders bei der Erfassung des Belastungshochdruckes bewährt.

Die Mehrzahl unserer Patienten unterziehen wir aber jetzt einer stufenweisen ergometrischen Belastung von je 6 Minuten in Anlehnung an das REINDELLsche Belastungsschema, wobei wir von 25 bzw. 50 Watt auf 75 und 100 Watt, wenn möglich sogar noch höher die Belastung steigern. Ziel dieser Belastungsform ist es, den Patienten völlig auszubelasten, d. h., seine maximale Belastung zu erreichen. Als Richtlinie gilt für uns dabei das Erreichen einer maximalen Pulsfrequenz unter steady-state-Bedingungen nach den von REINDELL eingeführten Normalwerten entsprechend Alter und Geschlecht der Patienten; bei gleichzeitiger Messung der Sauerstoffaufnahme kann dann auch der maximale Sauerstoffpuls errechnet werden.

Die Ausbelastung des Patienten ermöglicht natürlich eine noch bessere Beurteilung der Leistungsbreite des Kreislaufs. Korreliert man darüber hinaus noch den maximalen Sauerstoffpuls mit dem Herzvolumen, dann stellt der daraus resultierende Quotient die beste Beurteilungsmöglichkeit der Leistungsreserven des Herz-Kreislaufsystems dar (REINDELL). Dieser sogenannte

Herzvolumen-Leistungsquotient kann besonders als Kriterium zum Nachweis einer latenten Herzinsuffizienz herangezogen werden, deren Frühdiagnostik um so wichtiger erscheint, da eine frühzeitige Digitalisierung die Herzleistung wieder zu normalisieren vermag (KÖNIG, REINDELL, HOFFMANN).

Weitere Bemühungen sind auf diesem Gebiete aber noch erforderlich, um einerseits eine routinemäßige und damit leicht durchführbare Untersuchungsmethode zur Erfassung der latenten Herzinsuffizienz (Belastungsinsuffizienz) zu entwickeln, andererseits um den Wert einer Dauerdigitalisierung an einem großen Krankengut zu dokumentieren.

Die Blutgasanalyse (Bestimmung von Sauerstoff- und Kohlensäuregehalt durch Hellige-Oxymeter oder van Slyke-Apparatur, Messung von Gasspannungen und pH durch die Mikro-Astrup-Apparatur) erlaubt zusätzliche Aussagen zur Differenzierung von pulmonaler und kardialer Insuffizienz. Weiter fallen den fotometrischen und volumetrischen Bestimmungen im Rahmen des Herzkatheterismus besondere Aufgaben zu (Abb. 4). Herzkatheteruntersuchungen sollen an unserer Klinik in ausgewählten Fällen erfolgen, hauptsächlich zur Abklärung kardialer Situationen vor Lungenoperationen im Zentralkrankenhaus Gauting.

Nicht nur für das tägliche Leben, auch für unsere Bewegungstherapie ist es wichtig, den Grad der Belastbarkeit eines Patienten zu kennen. Mittels der maximalen Pulsfrequenz hat KÖNIG einen Weg aufgewiesen, die Belastbarkeit eines Patienten zu bestimmen. Nach seinen Vorstellungen läßt sich diese Belastbarkeit als prozentualer Wert der maximalen Pulsfrequenz ausdrücken, und zwar von 70 Prozent bei den meisten Herzkranken und von 60 Prozent beim Infarktpatienten. Dementsprechend kann sich der Patient bis zu dieser Pulsfrequenz ohne größeres Risiko belasten, denn seine ergometrisch bestimmte maximale Pulsfrequenz ist damit bei weitem noch nicht erreicht.

Diese eben aufgezeigte Methode bedeutet einen sinnvollen Versuch, die im Labor ergometrisch festgestellte Leistungsbreite des Herz- und Kreislaufsystems in eine



Abbildung 4
Blutgaslabor

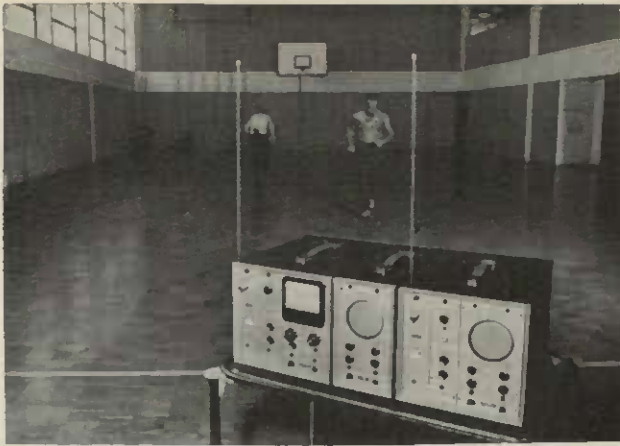


Abbildung 5

Mit der Hellige-Telemetrie überwachte Patienten bei der Belastung in der Turnhalle

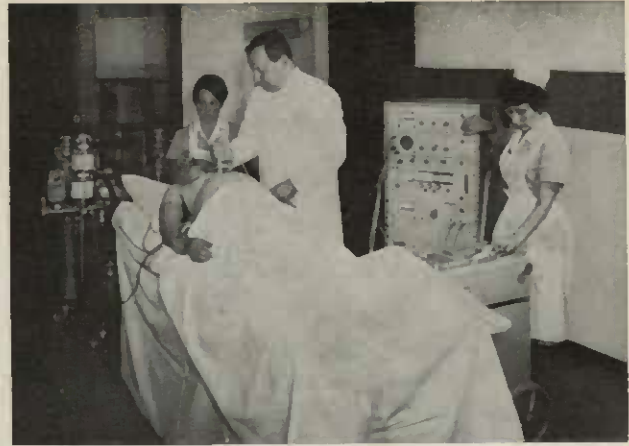


Abbildung 6

Kardioversion bei einem Patienten mit Vorhofflimmern im Intensivpflegeraum

direkte Beziehung zu der zumutbaren körperlichen Belastung des Patienten im täglichen Leben oder bei den bewegungstherapeutischen Maßnahmen in unserer Klinik zu bringen. Gleichwohl müssen größere Erfahrungen zeigen, ob sich diese Methode auch praktisch bewährt.

Heute erscheint eine Standardisierung der ergometrischen Methodik dringender denn je, weil nur dann die am Ergometer erzielten Untersuchungsergebnisse auf dem Gebiete der klinischen und präventiven Kardiologie sowie der Sport- und Arbeitsmedizin miteinander vergleichbar sind. Erst im September 1967 wurden erneut Versuche zur Standardisierung auf dem Internationalen Seminar für Ergometrie von H. MELLEROWICZ in Berlin und durch eine Kommission der Weltgesundheitsbehörde in Genf, unter Vorsitz von S. M. FOX (amerikanisches Bundesgesundheitsministerium, Arlington, Virginia, USA) unternommen.

Welche Bedeutung zur Erfassung koronargefährdeter Personen dem Belastungs-EKG während der Ergometrie zukommt, geht eindeutig aus entsprechenden Langzeituntersuchungen hervor. Demnach manifestiert sich bei „herzgesunden“ Leuten, die bei der ersten Untersuchung einen positiven Belastungstest (deszendierende oder horizontale ST-Senkungen) gezeigt haben, im Laufe der folgenden sieben Jahre viel häufiger eine akute Koronarerkrankung als bei denjenigen mit einem negativen EKG-Befund (BRODY, FRANCO et al., MATTINGLY, RUMBALL und ACHESON). Deshalb ist es wichtig, gerade Personen mit normalem Ruhe-Elektrokardiogramm, aber ischämischen EKG-Zeichen während oder nach Belastung zu erfassen, um noch rechtzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten.

Wenn jetzt auf telemetrischem Wege eine Übertragung und Registrierung des EKG möglich ist, ließe sich wieder häufiger der Master-2-Stufentest für die EKG-Schreibung heranziehen, und zwar im Gegensatz zu früher während der Belastung, da der Master-Test das technisch am wenigsten aufwendige Belastungsverfahren ist. Dabei muß aber die Belastung individuell nach Alter, Geschlecht und Gewicht des Probanden nach der Tabelle von KNEBEL variiert werden. Durch die Telemetrie ergibt sich jetzt der Vorteil, den Patienten

ohne Behinderung durch die Elektrodenkabel die Stufen ersteigen und dabei Drehungen durchführen zu lassen.

Neben dieser Verwendungsmöglichkeit können wir mit der Telemetrie unsere Patienten bei drohenden Rhythmusstörungen nach abgelaufenen Herzinfarkten ständig überwachen, wenn sie sich erstmals im Gelände, in der Turnhalle oder im Schwimmbad aktiv bewegen. Dabei läßt sich die EKG-Kurve auf einem Oszilloskop beobachten, laufend auf Magnetband speichern bzw. ausschnittsweise durch einen Elektrokardiographen registrieren (Abb. 5).

Als vorteilhaft hat sich die Möglichkeit zur Elektrophysiotherapie von akuten und chronischen Herzrhythmusstörungen erwiesen, die wir im Intensivpflegeraum ausführen. Gerade während der Kur können die Patienten mit Vorhofflimmern, bei denen eine Kardioversion indiziert ist, genügend lange, d. h. mindestens 14 Tage, mit Antikoagulantien vorbereitet, dann unter einer Kurznarkose defibrilliert und noch auf eine Dauermedikation mit Digitalis und Chinidin, z. B. Chinidinbissulfat mit Depotwirkung (Chinidin-Duriles), eingestellt werden.

Bei plötzlich auftretenden Notfällen in der Klinik ermöglicht der Intensivpflegeraum mit drei Betten die ständige Kontrolle von EKG, Pulsfrequenz und Blutdruck durch mobile Überwachungseinheiten (Abb. 6).

Noch kurz ein Wort über die Notwendigkeit von endoskopischen Untersuchungen im Rahmen einer Herzklinik. In vielen Fällen geht eine Koronarsklerose mit Zucker- oder Fettstoffwechselstörungen einher. Diese Erkrankungen erfordern in jenen Fällen eine laparoskopische Klärung, bei denen klinisch eine Leberbeteiligung (Fettleber) nur zu vermuten ist (BRAUNSTEINER, SAILER, SANDHOFER). Außerdem liegt nach unserer Erfahrung vielen sogenannten vegetativen Dystonien eine Hepatopathie zugrunde, die sich durch Leberpunktion am ehesten befriedigend klären läßt.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Ansch. d. Verf.: Obermedizinalrat Dr. med. Hubert Hofmann, Oberarzt an der Klinik Höhenried, 8131 Bernried (Starnberger See)

Bekanntgabe der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft:

Zur Therapie mit Chloramphenicol

Im Mai 1968 hat die Food and Drug Administration eine Warnung an alle Ärzte der USA gesandt, da das Auftreten schwerer bis tödlicher „Blutdyskrasien“ (aplastischer Anämien, u. U. in Leukämien übergehend, Thrombozytopenien, Granulozytopenien) unter der Anwendung von Chloramphenicol zugenommen habe. Die Häufigkeit tödlicher Vorkommnisse wurde dabei nach einer Schätzung für den Staat Kalifornien mit 1:24 200 bis 1:40 500 angegeben, wobei das Auftreten in keiner Relation zur Dosierungshöhe und -dauer stehen soll.

Die Food and Drug Administration empfiehlt strengste Indikationsstellung und besondere Wachsamkeit bei wiederholter Anwendung.

Um ein Bild über das Auftreten von Knochenmarkschäden bzw. Blutdyskrasien im Bundesgebiet zu gewinnen, hat die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in den letzten Monaten bei einem größeren Kreis von Krankenhäusern und Kliniken eine Umfrage gehalten. Ergänzend wurden Angaben derjenigen Herstellerfirmen eingeholt, welche Chloramphenicolpräparate seit mehreren Jahren im Bundesgebiet im Handel haben. Das Gesamtergebnis zeigt, daß tödliche Knochenmarkschäden im Bundesgebiet sehr viel seltener beobachtet worden sind als in den USA; ihre Häufigkeit liegt schätzungsweise um 1:300 000 bis 1:600 000. Auch Meldungen über reversible Veränderungen des Blutbildes sind im Bundesgebiet bisher nur in geringer Zahl eingegangen.

Die Entstehung einer Knochenmarkschädigung unter Chloramphenicoltherapie wird heute zumeist auf eine individuelle Überempfindlichkeit zurückgeführt, hierfür spricht das Auftreten besonders bei wiederholten Anwendungen. Daneben übt die Substanz bei sehr überhöhten und langfristigen Gaben aber auch eine direkte toxische Wirkung auf das Knochenmark aus.

Chloramphenicol ist ein sehr wertvolles und für die Behandlung bestimmter Infektionen kaum entbehrliches Antibiotikum. Damit es für diese Behandlungen allen Ärzten weiterhin voll zur Verfügung steht, sollten bei seiner Anwendung folgende Hinweise beachtet werden:

1. Strenge Indikationsstellung!

Kelne Anwendung bei banalen Infekten!

Indikationen: Salmonelleninfektionen (Typhus, Paratyphus), andere Infektionen mit Chloramphenicol-empfindlichen Erregern, insbesondere Harnwegsinfektionen, fieberhafte Gallenwegserkrankungen, fieberhafte chronische Bronchitiden, eitrige Meningitiden, Rickettsiosen, Psittakosis-Virusinfektionen.

2. Beschränkung der Dosierung

Normale Tagesdosis bei Erwachsenen 1,5 bis 2 g; bei schweren Infektionen kurzfristig höhere Tagesdosen. Gesamtdosis im allgemeinen bis 30 g. (Im Gegensatz hierzu wird in den USA eine orale Tagesdosis für Er-

wachsene von 50 bis 100 mg/kg vorgeschlagen, was 3,0/3,5 g bis 6,0/7,0 g täglich bei 60/70 kg Körpergewicht entspricht!)

Tagesdosis für Kinder 30 bis 50 (bis 100) mg/kg, im 1. Lebensmonat nicht über 25 mg/kg, im 1. Quartal nicht über 30 mg/kg. Die rektale Anwendung von Chloramphenicol führt häufig nicht zu ausreichenden Wirkspiegeln, ist aber in gleicher Weise mit Nebenwirkungen behaftet.

3. Beschränkung der Anwendungsdauer

Im allgemeinen auf 10 bis maximal 14 Tage. Wiederholte Behandlungen mit Chloramphenicol (z. B. bei der chronisch rezidivierenden Pyelonephritis oder bei Bronchiektasen mit bronchitischen Schüben) sollten nur unter Überwachung der Hämoglobin- und Leukozytenwerte (gegebenenfalls des Gesamtblutbildes) durchgeführt werden. Es ist daher ratsam, die Patienten nach etwaigen Vorbehandlungen zu fragen.

Sind bei besonderen, vor allem vitalen Indikationen höhere und länger dauernde Anwendungen notwendig, so ist die Behandlung möglichst unter stationärer Überwachung bzw. unter laufender Kontrolle des Blutbildes durchzuführen.

Das Risiko einer Chloramphenicoltherapie erscheint bei Beachtung dieser Richtlinien auch für die ambulante Anwendung vertretbar. Es liegt niedriger als das einiger anderer Arzneimittel.

Im Bundesgebiet z. Z. im Handel befindliche Chloramphenicolpräparate:

a) Chloramphenicol (z. T. mit Vitaminzusätzen)

Catilan	Hoechst
Chloramphenicol	Fresenius
Chloramphenicol	Heyl
Cloramsaar	Chephasaar
Chloromycetin	Parke Davis
Cobedo 250, 400	Iptor
Duraphenicol	Durachemie
Gotimycin	Göttingen
Kamaver	Engelhard
Leukomycin	Bayer
Nevimycin	Grünenthal
Pantovernil 333, 500	Heyden
Paraxin	Boehringer
	Mn.
Verlamycol	Verla-Pharm

b) Kombination von Chloramphenicol mit anderen Wirksubstanzen

Broncho-Paraxin	Boehringer
	Mn.
Chloramphenicocept	Sanol
Gliscol	Thiemann
Pulmo-Verlamycol	Verla-Pharm
R-Anamycin-Saar	Chephasaar
Spasmo-Paraxin	Boehringer
	Mn.
Terpect comp.	Engelhard
Toramin plus	Athenstaedt
Transpulmycin	Homburg

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

42. Vortragsreihe — Thema: „Der Kopf als Leidensorgan“ — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmair

(Fortsetzung und Schluß)

Professor Dr. T. RIECHERT, Freiburg, wies in seinem Vortrag „Die konservative und chirurgische Behandlung des Hirndrucks“ darauf hin, daß in der Beurteilung der Kardinalsymptome des erhöhten Hirndrucks, wie Kopfschmerzen, Pulsverlangsamung, Erbrechen und Stauungspapille, neuere Untersuchungsmethoden zu weiteren wichtigen Erkennungsmerkmalen geführt haben. Jede Druckerhöhung in der starren Knochenkapsel des Schädels führt zu Funktionsstörungen des Gehirns. Der Zeitfaktor spielt bei der plötzlichen Druckerhöhung, die meistens durch eine apoplektiforme Massenblutung, ein geplatztes Aneurysma oder durch eine Subarachnoidalblutung entsteht, eine wesentliche Rolle. Durch den Liquor, durch das Gehirn selbst und durch das Gefäßsystem können die Druckschwankungen bis zu einem gewissen Grade ausgeglichen werden. Wenn die Ursache einer solchen Druckerhöhung nicht beseitigt werden kann, besteht die Aufgabe des Arztes darin, zu verhüten, daß eine chronische kompensierte Druckerhöhung durch irgendwelche schädigenden Einflüsse, wie übermäßig stoßweise Flüssigkeitszufuhr oder Wärme- und Sonnenbestrahlung, in ein dekompensiertes Stadium übergeht; dies gilt besonders für den Hydrozephalus. Ein medikamentöses Wundermittel, den chronisch erhöhten Hirndruck auf die Dauer zu senken, gibt es nicht. Die weit wirksamste Methode, den Hirndruck auf konservative Weise zu senken, ist die Osmo- und Onkotherapie. Bei der Osmotherapie wird durch Injektion oder Infusion hypertonischer Lösungen eine Rückresorption von Flüssigkeit aus dem Hirngewebe und damit ein Rückgang des Hirnödems erreicht. Bei der Onkotherapie sind die Molekulargewichte wesentlich höher als bei der Osmotherapie. Niedermolekulare Osmotika, wie z. B. Sorbit, führen rasch zu einer Senkung des intrakraniellen Druckes durch Abzug von intrazerebralem Wasser in die Blutbahn. Die Wirkung ist nur vorübergehend, da diese Stoffe entweder metabolisiert oder rasch ausgeschieden werden. Beim Sorbit dauert die hirndrucksenkende Wirkung zweieinhalb Stunden, beim Mannitol bis zu viereinhalb Stunden.

Bei der Onkotherapie, z. B. durch Humanalbumin, steht die hämodynamische Wirkung im Vordergrund. Sie führt zu einer Blutvolumenvermehrung und damit zu einer Herzschlagvolumenvermehrung wie zu einer Herabsetzung der Blutviskosität. Dadurch kann eine Verbesserung der Hirndurchblutung erreicht werden.

Die Therapie des akuten Hirnödems besteht in Maßnahmen zur Verbesserung der Hirndurchblutung und zur Vermeidung einer Hypoxie. Diese kann durch Freihalten der Atemwege, eventuell Intubation und Beatmen, sowie Verbesserung der Zirkulation durch Erhöhung der Blutvolumina und Herabsetzung der Viskosität des Blutes erreicht werden. Um die meist bewußtlosen Kranken transportfähig zu machen, werden als Einleitung der Behandlung zunächst 500 ml Sorbit-Rheomacrodex gegeben. Wenn möglich, kann auch 20%iges Humanalbumin in einer Menge von 100 bis

200 ccm zusätzlich gegeben werden. Beim Transport ist darauf zu achten, daß keine Verlegung der Atemwege eintritt. Wenn in der Klinik eine sofortige kausale Behandlung der Ursache der Hirndrucksteigerung oder Liquorabflußbehinderung operativ nicht möglich ist, so verbleibt als meist geübte Maßnahme eine Dauerdrainage der Hirnseitenventrikel über ein Druckausgleichssystem.

Zum Abschluß wies Professor Riechert darauf hin, daß es heute therapeutisch möglich ist, große gutartige Tumoren einschließlich der Akustikusneurinome mit einem tragbaren Operationsrisiko von 5 bis 10% zu entfernen. Bei den malignen Gliomen bestehen Schwierigkeiten wegen der raschen Rezidive und kurzen Überlebenszeit. Eine Verbesserung der Operationsergebnisse läßt sich auch durch interstitielle Bestrahlung mit radioaktiven Isotopen erreichen. Die Mortalität bei Entfernung von Hypophysengeschwülsten liegt bei 5 bis 8%.

Es gibt nicht nur ein intrakranielles Überdrucksyndrom, sondern auch ein intrakranielles Unterdrucksyndrom und kann ähnliche Symptome wie der Überdruck auslösen, vor allem auch mit Bewußtseinstörung einhergehen.

Der Vortrag von Professor Riechert wurde ergänzt durch das Referat von Professor Dr. R. HEMMER, Freiburg, der über den „Hirndruck beim Kind“ sprach. Er verwies darauf, daß die Lehrsüchtrias: Kopfschmerz, Erbrechen und Stauungspapille, die sich in klassischer Form nur bei einem Teil der Erwachsenen findet, noch viel weniger beim Säugling oder Kleinkind vorkommt. Die Ursache liegt in den besonderen anatomischen Gegebenheiten der Kleinkinder und Säuglinge, bei denen die Schädelnähte noch offen bzw. dehnbar sind. Vor allem im ersten Lebensjahr besteht eine große offene Fontanelle. Durch diese Dehnbarkeit des Schädels wird die Hirndrucksymptomatik lange Zeit kaschiert und die Früherkennung des Hirndrucks wird bei Kleinkindern und Säuglingen sehr erschwert. Dies ist auch der Grund für die hohe Zahl von Fehldiagnosen.

Über Kopfschmerz wird von kleinen Kindern verhältnismäßig selten und wenn, dann erst spät geklagt. Lokale Erscheinungen, wie Ataxie und Nystagmus, können fehlen, dagegen findet sich das Symptom des Erbrechens oft sehr häufig. Wegen seiner Vleideutigkeit kommt es zu den häufigen Fehldiagnosen mit konservativer Behandlung, z. B. „abdominale Beschwerden“ über Monate und Jahre, manchmal auch zu ergebnisloser „Appendektomie“. Bei der Diagnostik muß nach den verschlechternden Momenten der Kopflageänderung, des Pressens oder Niesens geforscht werden. Hierbei auftretende Übelkeitsercheinungen können bereits einen Hinweis auf den Hirndruck geben. Typisch für das zerebrale Erbrechen ist die Leichtigkeit, mit der es erfolgt. Wichtig ist auch die Feststellung, daß das Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme erfolgt und gerade im Anfang früh morgens oder in den späten Nachtstunden einsetzt. Diese Rhythmik des Erbrechens steht in einer gewissen Parallele zur Tagesperiodik des



Prof. Dr. T. Riechert
Freiburg



Prof. Dr. R. Hemmer
Freiburg



Priv.-Doz.
Dr. W. Pöldinger
Basel



Prof. Dr. G. Harrer
Salzburg



Prof. Dr. U. Gottstein
Kiel

intrakraniellen Liquordruckes, denn in den frühen Morgenstunden besteht ein Maximum des Liquordruckes, dagegen in den späten Mittagsstunden ein Minimum. Auch die Fehldiagnose einer „endokrinen Störung“ wird verhältnismäßig häufig gestellt. Durch die Druckwirkung des ausgeweiteten dritten Ventrikels auf das Zwischenhirn kann das Bild der Adipositas oder abnormalen Abmagerung auftreten.

Beim Säugling weicht die Symptomatik des Hirndrucks am meisten vom Erwachsenen ab. Zu dem Zeitpunkt, da man die gespannte Fontanelle bemerkt, sind beim Erwachsenen schon lange Stauungspapillen oder Kopfschmerzen aufgetreten und führen den Patienten frühzeitig zum Arzt. Beim Säugling wird das Frühalarmszeichen unterschlagen.

Der Frühdiagnose des Hydrozephalus kommt heute eine ausschlaggebende Bedeutung zu, da schon in den ersten Lebenswochen die entscheidende operative Behandlung dieses Leidens möglich ist. Schwierigkeiten differentialdiagnostischer Art verursachen im Anfang neben dem Makrozephalus das subdurale Hämatom oder Hygrom. Beide Formen können ein verstärktes Wachstum des Kopfes zeigen und erst durch klinische Untersuchung, z. B. Fontanellenpunktion, Luftfüllung der Hirnkammern oder Elektroenzephalographie, erkannt werden. Ein wichtiges Kriterium stellt in den Frühstadien die Fontanellenspannung und die Kopfumfangskurve dar. Die normale Kopfwachstumskurve verläuft in Form einer Parabel und hat eine gewisse Streubreite mit größeren Werten für Knaben und kleineren für Mädchen. Sie stellt das wichtigste und einfachste Hilfsmittel der Diagnose dar zur Erkennung der Indikation eines operativen Eingriffs und kann vom Hausarzt selbst verwertet werden.

Die operativen Erfolge beim Hydrozephalus haben sich seit der Einführung der Seitenventrikel-Herzohr-Drainage gewaltig verbessert. Die Letalität der Hydrozephalus-Kinder ist heute auf 10 bis 15% gesunken, während sie vor 10 Jahren noch 50% betrug. Die Operationsletalität ist heute äußerst gering und bewegt sich zwischen 0 und 1%. Die Kinder können nach 8 bis 10 Tagen die Klinik wieder verlassen und in häusliche Pflege kommen.

Das subdurale Hämatom wird im Säuglingsalter an Häufigkeit nur vom Hydrozephalus und der Spina bifida übertroffen. Das koagulierte akute Hämatom verflüssigt sich im Laufe der Zeit und wird zum chronischen Subduralhämatom, das in das wasserklare Hygrom übergeht. Je nach Größe und Progredienz der Flüssigkeitsansammlung entwickelt sich die Hirndrucksymptomatik

entsprechend stürmisch. Unbehandelt führt die Erkrankung in der Regel zum Tode, weil die intrakranielle Massenverschiebung irreparable Schäden des Hirnstammes verursacht. Ein großer Teil der subduralen Ergüsse sind auf Traumen während der Geburt oder nach der Geburt zurückzuführen. Ein Teil entsteht auch postmeningitisch nach Pneumokokken- oder Influenza-Infektionen. Bei einem Drittel der Säuglinge ist die Ätiologie unklar.

In dem von Professor Dr. H. TSCHABITSCHER und Dr. P. PROSENZ, Wien, ausgearbeiteten Referat über „Der Kopfschmerz — Differentialdiagnose und Therapie“ wurde eines der häufigsten, aber nicht weniger schwierigen Probleme der ärztlichen Praxis abgehandelt. Es wurde darauf verwiesen, daß es nach wie vor kein einfaches oder sicher wirksames Rezept gegen Kopfschmerzen gibt. Die Wurzel dieses Übels liegt darin, daß Kopfschmerz das Symptom einer Vielzahl pathogener Grundprozesse ist, die teils im Organischen, teils im Psychischen ablaufen. Der Arzt sieht sich also dreifach vom Kopfschmerz herausgefordert:

1. Er soll die Fälle erkennen, bei denen ein akutes Eingreifen nötig ist
2. Er soll symptomatisch behandeln, wo das Grundleiden sich der kausalen Behandlung entzieht
3. Eine massive Schmerzdämpfung durchführen, wo eine solche nötig ist, z. B. bei malignen Hirntumoren, die neurochirurgisch bereits abgeklärt sind, bei schwerer Zerebralsklerose, nephrogener Hypertonie im Endstadium, usw.

Die schmerzempfindlichen Strukturen des Hirnschädels liegen extrakraniell im Bereich von Haut, Bindegewebe, Gefäßen, Periost und Schädelknochen. Intrakraniell gehören dazu die Meningealgefäße und die großen Gefäße der Schädelbasis sowie Dura und Arachnoidea der Schädelbasis. Das Gehirn selbst ist ebenso wie die Meningen der Konvexität und der Plexus chorioideus frei von Schmerzempfindung. Man kann daher einen meningealen von einem vaskulären Kopfschmerz unterscheiden. Der meningeale Kopfschmerz kann durch einen entzündlichen Prozeß oder durch eine Steigerung des Hirndrucks hervorgerufen werden. Die Symptome sind Kopfschmerz, Lichtscheu, Benommenheit, Nackensteife und Fieber. Schwieriger sind abortive uncharakteristische Verlaufsformen, z. B. Virusinfektionen durch Echo- oder Coxsackievirus zu erkennen. Ihr meist kurzer benigner Verlauf enthebt meist von der Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen.

Eine Hirndrucksteigerung kann durch maligne oder benigne Tumoren des Gehirns und der Meningen, durch

Blutungen und Liquorzirkulationsstörungen ausgelöst werden. Den hirndrucksteigernden Prozessen sind als Initialsymptome der Kopfschmerz eigen, wobei sich in wechselndem Maße als gemeinsame Symptome hinzugesellen

1. Stauungspapillen mit Schleier- und Nebelsehen
2. Einschränkung der Bewußtseinslage
3. neurologische Herdausfälle in Form von Paresen, aphasischen Störungen, Pupillendifferenzen und anderen Ausfällen
4. epileptische Anfälle

Der vaskuläre Kopfschmerz kann durch verschiedene Faktoren verursacht sein, z. B. durch abnorme Gefäßreaktionen, mechanische Irritation des Gefäßes oder Veränderungen entzündlicher oder degenerativer Art am Gefäß selbst sowie durch plötzliche Blutdrucksteigerung.

Zur Gruppe der abnormen Gefäßreaktionen gehört als wesentlicher und typischer Vertreter die Migräne. Ihre Erscheinungen sind anfallsartig auftretender, meist halbseitiger Kopfschmerz von pulsierendem Charakter, Prodromalsymptome im Initialstadium wie Flimmerskotome oder Blendungserscheinungen, sowie psychische Störungen, z. B. Reizbarkeit, depressive Verstimmung und Labilität während des Anfalls, weiterhin vegetative Symptome, wie Erbrechen, Übelkeit, Herzklopfen und Lichtscheu. Die Dauer des Schmerzes reicht von Minuten bis zu Stunden und Tagen.

Nach Eingehen auf verschiedene andere Formen der vaskulären Kopfschmerzen behandelte der Referent auch kurz den sogenannten „**Spannungskopfschmerz**“. Dieser entsteht im Gefolge vieler Frustrierungserlebnisse im Rahmen der gesellschaftlichen Unterordnung. Gerade der nach beruflichem und gesellschaftlichem Aufstieg strebende Aktivist muß seine besondere Schluckfähigkeit unter Beweis stellen. Die auftretenden Emotionen drängen zu einer Abreaktion. Da man es sich aber nicht leisten kann, angesichts des Chefs sich motorisch abzureagieren oder zumindest die extrapyramidale Hintergrundmotorik zu verwenden und mit Mimik oder Gestik sein Unbehagen zu demonstrieren, bietet der Thalamus seine treibenden Emotionen vergebens überall hin an und sie kreisen unbewältigt in basalen Strukturen, immer an der Grenze zwischen Unterbewußtsein und Bewußtsein. Dies erzeugt Aggression, Angst, ständigen Druck auf das Vegetativum mit Auslösung psychosomatischer Erkrankungen und eine ständige innere Spannung, die ihrerseits zu einer abnormen Muskelspannung, vor allem im Bereich der Nackenmuskulatur, führt. Dies verursacht eine Fehlstellung der Halswirbel mit Verengung des Canalis vertebralis, woraus eine Irritation der Arteria vertebralis mit ihren sympathischen Geflechten resultiert. Der lokale Schmerz seinerseits verursacht verstärkte Muskelkontraktion und damit wird die bekannte Schmerzspirale in Gang gesetzt.

Diesen Circulus vitiosus kann man nicht mit einer Kopfschmerztablette, sondern mit einer vielschichtigen Therapie, wie aufdeckende Aussprache, psychosedierende Medikamente, Muskelrelaxantien und physikalische Therapie sowie bewußte Änderung des Lebensstils beeinflussen.

Privatdozent Dr. W. PÖLDINGER, Basel, wies in seinem Referat „**Der Kopfschmerz als Symptom seelischer Krankheit**“ darauf hin, daß die Diagnose psychogener

Kopfschmerzen nur per exclusionem gestellt werden darf. Mögliche körperliche Ursachen müssen unter Anwendung sämtlicher Methoden der modernen Diagnostik vorher ausgeschlossen werden. Erst wenn kein Hinweis auf körperliche Ursachen vorliegt, darf man versuchen, die Genese der Kopfschmerzen aus Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik des einzelnen Patienten auf psychogene Weise zu erklären. Kopfschmerzen sind ein häufiges Symptom seelischer Erkrankungen, sie stellen jedoch meist kein isoliertes Symptom dar, sondern sind im Gesamtzusammenhang der Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik zu verstehen. Auf keinen Fall darf die Therapie sich nur auf die symptomatische Behandlung mit Analgetika erstrecken, sondern die zugrunde liegende seelische Krankheit muß behandelt werden. Bei den seelischen Reaktionen und Fehlentwicklungen ist es vor allem der emotionale und affektive Druck, der symptomatisch zu verringern oder zu beseitigen ist. Dafür eignen sich am besten die Tranquillizer und unter diesen wiederum vor allem die Benzodiazepinderivate, wie Librium, Nobrium, Valium und Adumbran. Gerade bei seelischen Fehlentwicklungen ist es aber notwendig, daß man die Ursachen, wenn sie bewußt sind, durch soziale Maßnahmen, oder wenn sie, wie im Rahmen der neurologischen Entwicklung, unbewußt sind, durch aufdeckende Psychotherapie zu beseitigen sucht. Pharmako- und Psychotherapie bedeuten kein Entweder-Oder, sondern können sinnvoll miteinander kombiniert werden.

Bestehen Kopfschmerzen im Rahmen endogener Psychosen, so eignet sich bei schizophrenen Manifestationen vor allem die Verordnung von Neuroleptika, wie z. B. Megaphen oder Melleril. Bei endogenen Depressionen und verschiedenen Formen psychogener Depressionen sind Antidepressiva angezeigt. Tofranil, Anafranil, Noveril, Trausabon und Istonil kommt eine vorwiegend stimmungsaufhellende Wirkung zu, während Laroxyl, Saroten und Trypizol eine zusätzliche agitations- und angstdämmende Wirkung haben. Limbatriil ist ein Kombinationspräparat des Antidepressivums Laroxyl mit dem Tranquillizer Librium.

In seinem Referat „**Psychische Störungen bei altersbedingten Gehirnveränderungen und ihre Behandlung**“, erklärte Professor Dr. G. HARRER, Salzburg, daß beim alten Menschen im Vordergrund aller seelischen Alterserscheinungen die Abnahme der Vitalität steht. Sie steht ebenso wie die allgemeine psychomotorische Verlangsamung mit den biologischen Alterungsvorgängen im Zusammenhang. Auch das Anpassungsvermögen nimmt ab, sowohl was die körperlichen als auch die psychischen Vorgänge anbelangt. Die psychischen Altersveränderungen bilden die Basis, auf der sich später die weiteren pathologischen Störungen aufpfropfen, vor allem die Altersdemenz.

Im Vordergrund unserer medikamentösen Maßnahmen steht die Absicht, eine optimale Blutversorgung und Ernährung des Gehirns zu fördern. Dies geschieht in erster Linie durch eine entsprechende Herz- und Kreislauftherapie. So kann man schon durch einige Strophanthin-Injektionen eine Besserung bemerken. Auch nächtliche Unruhezustände werden dadurch vielfach günstig beeinflusst. Möglicherweise besitzt das Strophanthin neben seiner Herzwirkung auch einen fördernden Einfluß auf die zerebrale Nutrition. Bei pathologischen Verhältnissen im Elektrolyt- und Flüssig-

sigkeitshaushalt ist rasch eine Normalisierung durch entsprechende Substitution herbeizuführen. Verwirrheitszustände im Alter bessern sich (selbst wenn normale Hämatokritwerte vorliegen) nicht selten durch Flüssigkeitszufuhr oder manchmal auch durch Dehydrierungsmaßnahmen. Auch der Kohlehydrat- und Eiweißstoffwechsel ist zu überprüfen. Günstige medikamentöse Erfolge zeigten sich bei der Anwendung von Actihaemyl (Solcoseryl) sowie mit der Injektion von Cerebrolysin 2- bis 3mal wöchentlich intramuskulär 1 bis 2 ml.

Als Voraussetzung für ein optimales, glückliches Altern ist eine möglichst weitgehende Erhaltung der Kontinuität der Lebensverhältnisse mit Gelegenheit zu ständigen Kontakten mit den Familienangehörigen und Freunden sowie die Möglichkeit zu sinnvoller Betätigung und entsprechende soziale Sicherheit.

Professor Dr. U. GOTTSTEIN, Kiel, sagte in seinem Referat über das „zerebrale Ischämiesyndrom“, daß dieses auftritt, wenn der Blutstrom zum oder im Gehirn länger als 6 Sek. unterbrochen ist. Während in diesem Fall eine reversible Funktionseinbuße besteht, treten nach 4–6 Min. irreversible Schäden auf. Der früher übliche Griff nach der sogenannten Schlaganfallspritze ist heute nicht mehr gerechtfertigt. Bei jedem akut auftretenden Schlaganfall muß abgeklärt werden, ob eine Hirnblutung, eine Hirnembolie, ein Hirninfarkt oder eine Mangeldurchblutung bei einer intra-/extrazerebralen Arterienthrombose oder Stenose vorliegt. Zu den Maßnahmen konservativer Art bei der Hirnblutung gab Professor Gottstein folgendes Schema:

1. Hirnödembehandlung

- a) 250–500 ml hypertonische Lösungen i. v.,
1–3mal täglich

= „Tutofusin S 40“
= „Osmofundin 20%“
= „Sterofundin U 30“
40% Sorbit
20% D-Mannitol
30% Harnstoff

b) Diuretika i. v.

z. B. „Lasix“ oder „Hydromedin“

2. Vorsichtige Blutdrucksenkung auf etwa 160 mm Hg syst., z. B. mit 0,5–1,0 mg Reserpin i. m.

3. Digitalisierung

4. Fiebersenkung (gesteigerter Hirnstoffwechsel!)

z. B. mit Pyramidon-Supp. und Kältepackungen

5. Pneumonieprophylaxe und Allgemeinbehandlung.

Für die Hirnembolie empfahl er folgendes Vorgehen:

1. Hirnödembehandlung

z. B. mit 40% Sorbit (500 ml Tutofusin S 40)
und 2 ml Lasix i. v.

2. Stützung der Herzkraft

mit Digitalis

3. Rhythmisierung der Herzschlagfolge

z. B. mit Chinidin bei Vorhofflimmern
mit Chinidin oder Hydantoin (Zentropil)
bei gehäufter Extrasystolie

4. Stabilsierung des Blutdrucks

5. Antikoagulantien

vom 14. Tage ab zur Verhütung von weiteren Embolien (eine Hämorrhagie im Frühstadium darf hier keinesfalls vorliegen!)

Die Therapie des Hirninfarktes und der intermittierenden zerebralen Ischämie sollte folgendermaßen durchgeführt werden:

1. Digitalisierung

2. Blutdruckstabilisierung

bei Hypotonie: mit drucksteigernden Substanzen
bei Hypertonie: mit drucksenkenden Substanzen
auf etwa 160 mm Hg (Reserpin)

3. Rhythmisierung des Herzschlages und Therapie von av.-Überleitungsstörungen

4. Steigerung des zirkulierenden „Blutvolumens“ z. B. mit Rheomacrodex-Infusionen

5. Hirnödembildung im akuten Stadium des Hirninfarktes

6. Thrombendarteriektomie bei Karotisstenosen

7. Antikoagulantien bei der intermittierenden Ischämie

Albert-Schweitzer-Medaille für Dr. med. Werner Röken

Die Albert-Schweitzer-Medaille der baden-württembergischen Ärzteschaft wurde unserem Kollegen Dr. med. Werner RÖKEN auf Beschluß des Vorstandes der Landesärztekammer Baden-Württemberg zugedacht und ihm für seine ganz besonderen Verdienste um die Standesorganisation eine Ehrenurkunde verliehen.

In seiner Laudatio hat der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. DEGENHARD, auf der 3. Vollversammlung am 30. November 1968, an der Dr. Röken leider nicht teilnehmen konnte, dessen unermüdlischen Einsatz für die Ärzte und große Sachkenntnis besonders hervorgehoben.

72. Deutscher Ärztetag in Hannover

Vom 9. bis 14. Mai 1969 findet in Hannover der 72. Deutsche Ärztetag statt.

Die Tagesordnung sieht folgende Punkte vor:

1. Neufassung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte
2. Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte
3. Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau
4. Änderung der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage
5. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer mit Referaten der Vorstandsmitglieder aus ihrer Referatstätigkeit
6. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1968
7. Bericht des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
8. Entlastung des Vorstandes
9. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1970
10. Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
11. Wahl des Tagungsortes des 73. Deutschen Ärztetages.

Zeitlich parallel zu den Plenarsitzungen des 72. Deutschen Ärztetages findet ein ausschließlich durch Filme gestaltetes Fortbildungsprogramm statt.

Molekularbiologische Ansätze in der Psychiatrie

Ein wissenschaftlicher Abend im BAYER-Haus, München

In einem Vortragszyklus „Die Molekularbiologie als Fundament der modernen Medizin“ im BAYER-Haus, München, bemühen sich Grundlagenforscher, den eingeladenen Ärzten die Möglichkeiten aufzuzeigen, die die molekulare Biologie für eine Vertiefung des Verständnisses physiologischer und pathologischer Prozesse bietet.

Wie der Gastgeber und Hausherr Dr. Gerhard MEYER-UHL den Protektor dieser Veranstaltungen, Professor Dr. A. BUTENANDT, zitierte, hat sich „die Molekularbiologie die Grundphänomene des Lebens zum Ziel gesetzt. Und die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist unentbehrlich für das Verständnis einer modernen Biologie oder Medizin.“^{*)}

In einem Vortragsabend am 11. 12. 1968 stellte sich Dozent Dr. med. Norbert MATUSSEK vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie die Aufgabe, vor einem Kreis von biochemisch und psychiatrisch interessierten Ärzten und Grundlagenforschern „Molekularbiologische Ansätze in der Psychiatrie“ aufzuzeigen.

Kann man mit der Aufgabenstellung der Molekularbiologie, Lebensphänomene auf der Ebene der Moleküle und deren Reaktionsweisen zu interpretieren, auch der Psychiatrie ein neues Fundament geben, ihr sozusagen erst eine substantielle Grundlage für die Deutung der psychopathologischen Erscheinungen, mit denen sie sich beschäftigt, schaffen? Die besondere Schwierigkeit der molekularen Deutung seelisch-geistiger Phänomene liegt darin, daß der Begriff des Bewußtseins mit physikalisch-chemischen Gesetzen nicht faßbar ist. Worauf aber beruhen Angst, Aggression usw.? Wo geschieht die Transformation ins seelische Empfinden?

Wir haben bereits Modellbeispiele dafür, daß geistige Defekte als Folge von genetisch fixierten Enzymdefekten, die den Aufbau von funktionswichtigen Proteinen blockieren, zu erklären sind, und daß diese Deutung auch den Weg für eine kausale Therapie weist.

So ist die Ursache des sogenannten Phenylbrenztraubensäure-Schwachsinn das Fehlen bzw. die Inaktivität der Phenylalanin-Hydroxylase, die die Umwandlung von Phenylbrenztraubensäure zum unentbehrlichen Eiweißbaustein Tyrosin bewirkt. Zwar kann man das fehlende Enzym nicht substituieren, wohl aber bei rechtzeitiger Erkennung des Anstiegs des Phenylbrenztraubensäurespiegels durch Urintest (Phenylketonurie) eine annähernd normale Entwicklung des Gehirns und der Intelligenz durch Phenylalanin-freie Diät, die konsequent während der ersten 7 bis 9 Lebensjahre durchgeführt werden muß, erreichen.

Bei den rezessiv vererbten Sphingolipoidosen ist durch einen Enzymdefekt der Metabolismus der Sphingolipide gestört, und es kommt zu Lipoidspeicherkrankheiten, wie Morbus Gaucher und Niemann-Pick und der amaurotischen Idiotie.

Bei der Phenylketonurie wird durch den genetisch bedingten Enzymdefekt ein Stoffwechselweg blockiert und es kommt zur Anreicherung toxisch wirkender Intermediärsubstanzen. Dadurch wird die Entwicklung der Hirnfunktion während der Wachstumsphase gehemmt. Die Folgen sind Schwachsinn bzw. Idiotie.

Die endogenen Psychosen dagegen treten erst nach Abschluß der ZNS-Entwicklung auf und verlaufen im Gegensatz zu den progredient verlaufenden Enzymdefekten ausgesprochen schubweise. Über die Art der genetischen Störungen bei der Depression und der Schizophrenie kann man heute noch keine festen Aussagen machen. Da aber nach der Ein-Gen-ein-Enzym-Theorie, die schon Professor KADEWITZ in seinem vorangegangenen Vortrag anführte, jeder Gendefekt einen Enzymdefekt bedeutet, müssen auch bei den genetisch bedingten Psychosen Enzymopathien die auslösende Rolle spielen, allerdings schon in Anbetracht der Mannigfaltigkeit der geistig-seelischen Ausdrucksformen der Psychosen in ganz anderer und sicherlich komplizierterer Weise als bei den vorher angeführten geistigen Defekten.

Man versuchte, den molekularchemischen Grundlagen der Schizophrenie über den Wirkungsmechanismus der Halluzinogene, wie LSD, Mescaline, Psilocin u. a., die ähnliche Zustandsbilder hervorrufen (Modellpsychosen), auf die Spur zu kommen, ist damit aber auch noch zu keinen endgültigen Aussagen gekommen. Man weiß nur, daß diese Stoffe Methylierungsprozesse im Gehirn stören.

Bei der Depression scheint ein Mangel an Katecholaminen, die die Reize in den zentralen Synapsen übertragen, eine ursächliche Rolle zu spielen (Noradrenalin-Hypothese). Katecholaminverarmende Antihypertonika, wie Reserpin und α -Methyl-Dopa, können depressionsähnliche Zustandsbilder hervorrufen, die mit einer Noradrenalinverarmung an den spezifischen Rezeptoren des ZNS erklärt werden.

Dagegen führen Antidepressiva wie auch der Elektroschock zu einer Noradrenalinvermehrung an den postsynaptischen Rezeptoren vor allem der noradrenergen Neurone des ZNS. Das vor allem im Hypothalamus vorkommende Noradrenalin wird durch einen physiologischen Reiz aus den Speichern freigesetzt und gelangt an den Rezeptor, wo es zum Teil abgebaut und zum Teil wieder zur Speicherung zurücktransportiert wird. Die Kompensation einer Noradrenalinverarmung kann durch Hemmung der Monoaminoxidase (MAO-Inhibi-

*) Die bisher gehaltenen Vorträge über molekulargenetische und virologische Grundlagenforschung und Biochemie der Tumorzelle sind in einer Broschüre „Molekularbiologie als Fundament der modernen Medizin“ im Lehmanns-Verlag, München, erschienen.

22. Bayerischer Ärztetag

vom 17. bis 19. Oktober 1969 in Amberg

toren) oder durch Verhinderung des Rücktransportes in die Speicherzelle reguliert werden. Eine Substitutionstherapie ist nicht möglich, weil Noradrenalin die Blut-Hirn-Schranke nur ungenügend passiert.

Auch Elektroschock und Lithium greifen auf eine bisher noch nicht im einzelnen bekannte Weise in das Stoffwechselgeschehen des Noradrenalins ein. Lithium steigert den Noradrenalinumsatz im Nervengewebe und zeigt deutlich prophylaktische Wirkung bei depressiven Patienten. Der Elektroschock bewirkt eine starke und nachhaltige Noradrenalinaktivierung und wird vorwiegend therapeutisch eingesetzt; wird neuerdings in den USA aber auch als Depressionsprophylaktikum in den erscheinungsfreien Intervallen gegeben.

Mit all diesen Deutungen wäre aber nur die Wirkung der Antidepressiva auf die Antriebsstörung und vegetative Symptomatik, nicht aber auf das depressive Selbsterleben und die vitale Traurigkeit des Kranken zu erklären.

Man kann bis dato nur von molekularbiologischen Ansätzen in der Psychiatrie sprechen, wie Dr. Matussek sein Thema vorsichtig formulierte. Der Weg zu einer molekularbiologischen Deutung der Psychosen ist noch weit. Aber schon die vorgetragenen Ansätze zeigen wesentliche Erkenntnisse auf und weisen den Weg für neue therapeutische Möglichkeiten.

Der im Anschluß an den Vortrag gezeigte Film „Acta psychiatrica — zur psychiatrischen Diagnostik“ von Obermedizinalrat Dr. Heinz LIESER, Haar, rollte die ganze Vielfalt der psychiatrischen Krankheitsbilder von der optischen Seite her auf. Ein breiter Fächer von Krankengeschichten kam in einer Realität und Dynamik zur Entfaltung, wie dies kein Lehrbuch vermag. In einer Zeit, in der man bereits von ambulanter Psychiatrie sprechen kann, sollte dieser Film nicht nur vor Psychiatern, sondern vor allem vor Praktischen Ärzten gezeigt werden, da die Praxis sie täglich mit diesen Krankheitsbildern konfrontieren kann.

Dr. med. Thea Müller-Kamerhuis, München

B-Kurs für Arbeitsmedizin*)

Am 3. Februar 1969 eröffnete der stellvertretende Vorsitzende des Präsidiums der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, Professor Dr. VALENTIN, vor rund 30 Hörern den B-Kurs für Arbeitsmedizin.

Ziel dieser Kurse ist die theoretische Ausbildung von Ärzten, die die ärztliche Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ erwerben wollen. Die spätere Tätigkeit dieser Ärzte in der Industrie oder in arbeitsmedizinischen Instituten wird sie mit den Rückwirkungen der modernen Industriegesellschaft auf die Gesundheit des einzelnen konfrontieren.

Der erste Vortrag wurde durch den Vorsitzenden des Kuratoriums der Akademie, Professor Dr. Dr. EYER, gehalten. Sein Thema: „Allgemeine Betriebshygiene“ skizzierte die Vorsorgemaßnahmen zur Bewahrung der Gesundheit der Beschäftigten aus der Sicht des Hygienikers. Professor Eyer ging davon aus, daß Vorschläge des Arbeitsmediziners und Gewerbehygienikers zur Verbesserung der Arbeitsplatzbedingungen fast immer erhebliche finanzielle Konsequenzen für den Betrieb nach sich zögen. Man müsse deshalb den Betriebsleitungen klarmachen, daß die Verbesserung der Arbeitsplatzverhältnisse nicht nur eine humanitäre Aufgabe sei, sondern daß die Verwirklichung der Vorschläge der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten und somit auch direkt dem Betrieb zugute käme.

Ausgehend von der Vorsorge gegen körperliche Schäden am Arbeitsplatz entwarf Professor Eyer dann ein umfassendes Bild der Psychohygiene am Arbeitsplatz. Er zeigte Wege zur Erreichung eines körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens des Beschäftigten im Betrieb auf.

Als nächster Vortragende schilderte der ehemalige Bayerische Landesgewerbearzt, Ministerialrat Dr. med.

habil. LEDERER, die Entwicklung der beruflichen Stigmata und Erkrankungen in den letzten 7 Jahrzehnten. Er stellte an Beispielen klassischer Berufskrankheiten dar, wie viele Schädigungen, die um die Jahrhundertwende noch ganze Berufsgruppen mit vorzeitiger Invalidisierung und Verelendung bedrohten, im Laufe der letzten Jahrzehnte überwunden oder wenigstens so beeinflusst werden konnten, daß Spätschäden nicht mehr auftreten. Als besondere Beispiele führte er bei den chemischen Giften Blei, Quecksilber, Phosphor, Arsen und Schwefelkohlenstoff an. Das Referat zeigte den Umschwung von der früheren nachgehenden und beobachtenden Arbeitsmedizin zur erfolgreichen prophylaktischen Arbeitsmedizin unserer Tage.

Professor Dr. VALENTIN berichtete über ein großes Beobachtungsgut bei der Rehabilitation nach Herzinfarkt. Die Wiedereingliederung von Infarktkranken in das Berufsleben stöße deshalb noch auf Schwierigkeiten, weil zwischen der klinischen Behandlung und dem ersten Versuch der beruflichen Rehabilitation vielfach eine zeitliche Lücke klaffe, die möglicherweise den Arbeitswillen der Patienten zermürbe. Tatsächlich sei eine sehr große Zahl von Infarktkranken nach einigen Monaten in der Lage, die bisher geleistete Tätigkeit oder eine der Krankheit angepaßte Tätigkeit voll auszuüben. Die Bedenken, die gegen eine Wiedereingliederung sprächen, seien oft nicht angemessen. Durch klinische Untersuchungsmethoden ist es möglich, die Leistungsfähigkeit der Rekonvaleszenten gleichsam wie in einem „Prüfstand“ zu testen.

Die Auswertung von Untersuchungen aus mehreren Ländern habe bei einem Beobachtungsgut von über 10 000 Patienten ergeben, daß 72 % aller Infarktkranken nach Ablauf einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von einigen Monaten in der Lage waren, wieder in irgendeiner Form in das Berufsleben einzutreten.

Der B-Kurs für Arbeitsmedizin ist der 8. arbeitsmedizinische Kurs, der in München veranstaltet wurde.

— Böh. —

*) Dieser Kurs wurde von der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer in der Zeit vom 3. bis 28. Februar 1969 in München veranstaltet.

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bubenreuth: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der seit längerer Zeit vakanten zweiten Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt. Für die ärztliche Versorgung der annähernd 3500 Einwohner zählenden Gemeinde Bubenreuth steht derzeit nur eine Ärztin zur Verfügung. Die Gemeinde wird einem eventuellen Interessenten bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen größtmögliche Unterstützung zukommen lassen.

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Emskirchen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen dritten Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt. Einer der bisher in Emskirchen tätigen Ärzte ist derzeit für längere Zeit aus Gesundheitsgründen an der Ausübung seiner Kassenpraxis verhindert und wird auch nach Wiederherstellung der Gesundheit seine große Kassenpraxis nicht mehr im seitherigen Umfang weiterführen können. Der noch in Emskirchen tätige zweite Praktische Arzt ist allein durch seine eigene große Kassenpraxis schon überlastet.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreiskrankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker

In der aufstrebenden sogenannten Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser herrscht ein Mangel an Praktischen Ärzten.

Wohn- und Praxisräume stehen nach Angaben der mit der Durchführung der Planung und dem Bau beauftragten Firmen zur Verfügung bzw. werden in den noch zu errichtenden Neubauten eingeplant.

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der seit einigen Jahren nur noch mit einem Arzt mit sehr großer Praxis besetzt ist.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Ärzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Mittelfranken —, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

Niederbayern

Frauenau, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Frauenau hat ca. 3700 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Perlesreut, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

In Perlesreut, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, kann die umfangreiche Praxis eines Kollegen, der

am 1. 10. 1969 in den Ruhestand tritt, übernommen werden. Ein zweiter Allgemeinpraktiker ist am Ort niedergelassen.

Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Krankenhaus ist ein chirurgischer und internistischer Chefarzt tätig. Der einzige Allgemeinpraktiker mit einer umfangreichen Kassenpraxis ist am 7. 9. 1968 verstorben. Die Gemeinde Wegscheid ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In den Krankenhäusern Regen und Zwiesel besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern —, 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Nandlstadt, Lkr. Freising: 1 Allgemeinpraktiker

Bisheriger Alleinarzt ist am 15. November 1968 verstorben

Tittmoning, Lkr. Landen: 1 Allgemeinpraktiker

Töging, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker

Bayreuth: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

1 Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik
(Alleinarzt)

Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Enchenreuth, Lkr. Stadtselnach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsdgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker
Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker
Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker
Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Pressath: 1 Allgemeinpraktiker
Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Roding: 1 Allgemeinpraktiker
Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Snitzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker
Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker
Waldersbof: 1 Allgemeinpraktiker
Waldtürn: 1 Allgemeinpraktiker
Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Schwaben

Augsburg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
 Der Praxisvorgänger ist am 28. 4. 1968 verstorben.

Fellheim, Lkr. Memmingen: 1 Allgemeinpraktiker
 Einzelarztsitz, gut fundierte Landpraxis. Praxisinhaber gibt aus Altersgründen am 1. 7. 1969 die Praxis auf. Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
 Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinpraktiker
 Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxisaufgabe steht bevor.

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxisvorgänger ist verstorben.

Zusmarshausen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxisaufgabe steht bevor.

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine große Kassenpraxis, die seit 1. 10. 1968 wegen Todesfall unbesetzt ist.

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxis- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Beschlüsse des Kammervorstandes in der Sitzung am 1. März 1969

Brosche für geprüfte Arzthelferinnen

Beginnend mit dem Ende des Berufsschuljahres 1968/69 wird den Arzthelferinnen, welche die Lehrabschlußprüfung „Arzthelferin“ der Bayerischen Landesärztekammer bestanden haben, mit dem Prüfungszeugnis und dem Helferinnenbrief eine Arzthelferinnen-Brosche überreicht.

Diese Brosche kann auch von jenen Arzthelferinnen ausschließlich über die Bayerische Landesärztekammer erworben werden, die den Helferinnenbrief der Bayerischen Landesärztekammer seit 1965 erhalten haben.

Prüfungsgebühr für die Lehrabschlußprüfung „Arzthelferin“

Zur Deckung der mit der Durchführung der Lehrabschlußprüfung „Arzthelferin“ verbundenen Kosten wird die Prüfungsgebühr von bisher DM 30.— auf DM 50.— erhöht.

Ehrung langjähriger Arzthelferinnen

In Abänderung des Vorstandsbeschlusses vom 16. 2. 1963, mit dem die Auszeichnung verdienter Arzthelferinnen beschlossen und festgelegt worden ist, wird diese Ehrung wie folgt neu geregelt:

Langjährige Mitarbeiterinnen der Ärzte erhalten von der Bayerischen Landesärztekammer

- nach einer 10jährigen Berufstätigkeit in der Praxis desselben Arztes eine Ehrenurkunde,
- nach einer insgesamt 20jährigen Berufstätigkeit in ärztlichen Praxen eine Ehrenurkunde und die Arzthelferinnen-Brosche in vergoldeter Ausführung.

Franz-Redeker-Preis 1968

Das Preisrichterkollegium hat die nachstehenden Arbeiten mit dem Franz-Redeker-Preis 1968 ausgezeichnet:

„Die sozialhygienische und therapeutische Situation Lungentuberkulöser“ von Obermedizinaldirektor Privatdozent Dr. HOPPE, 4000 Düsseldorf, Oertelstraße 8.

„Zur Frage der Altersdiagnostik tuberkulöser Lungenveränderungen im Röntgenbild Erwachsener“ von Ltd. Medizinaldirektor Dr. Dr. Cl.-D. BLOEDNER, 8621 Schwabthal.

„Tuberkulose als Berufskrankheit“ von Direktor Dr. JENSEN, 2800 Bremen-Oberneuland, Apfelallee 30.

AMTLICHES

Druckfehlerberichtigung

betrifft: Weiterbildungsordnung

In Heft 1/1969 des „Bayerischen Ärzteblattes“ ist beim Abdruck der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — II. Weiterbildungsordnung ein Druckfehler in der Paragraphenfolge unterlaufen. Es muß statt § 24, § 25 usw. richtig heißen: § 26, § 27 usw.

PERSONALIA**Steckkreuz des Bayerischen Roten Kreuzes**

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, hat das Steckkreuz für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz u. a. verliehen: Regierungspräsident Dr. Adam DEINLEIN, München 22, Maximilianstraße 39;

Dr. Franz MOHORN, Praktischer Arzt, Fridolfing;

Professor Dr. Ferdinand MAY, München 27, Pienzenauerstraße 125;

Dr. Martin REINDL, Facharzt für Orthopädie, Garmisch-Partenkirchen, Hauptstraße 86.

FAKULTÄT**München****Medizinische Fakultät der Universität**

Apl. Professor Dr. med. Walter SCHMIDT (Anatomie) wurde zum ordentlichen Professor an der Universität Frankfurt ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Hans BURGER, Chefarzt der Frauenklinik Esslingen/N., für „Geburtshilfe und Gynäkologie“;

Privatdozent Dr. med. Peter DEETJEN, Abteilungsvorsteher am Physiologischen Institut, für „Physiologie“;

Privatdozent Dr. med. Hellmut MEHNERT, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Werner RUDOLPH, Wissenschaftlicher Assistent an der II. Medizinischen Klinik, für „Innere Medizin“;

Universitätsdozent Dr. med. Alfred SCHAUER für „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“.

Professor Dr. med. A. N. WITT, Direktor der Orthopädischen Klinik und Orthopädischen Poliklinik, wurde zum Senator der Deutschen Akademie der Naturforscher LEOPOLDINA zu Halle gewählt und zum Obmann für Orthopädie ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Emma Christa DINGLER, Konservatorin am Anatomischen Institut, wurde zur Oberkonservatorin ernannt.

Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule

Apl. Professor Dr. med. Hermann ANACKER, Direktor des Institutes für Röntgenologie und Physikalische Therapie am Klinikum rechts der Isar, wurde zum ordentlichen Professor für Röntgenologie und Strahlenheilkunde ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Albrecht STRUPPLER, Direktor der Neurologischen Klinik rechts der Isar, wurde zum ordentlichen Professor für Neurologie und Neurophysiologie ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang GÖSSNER wurde zum ordentlichen Professor für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie ernannt.

Privatdozent Dr. med. Erich KUGEL, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Harlaching, wurde umhabilitiert.

Würzburg

Dr. med. Ullrich TRENDELENBURG, Associate Professor an der Harvard Medical School in Boston, USA, wurde zum ordentlichen Professor für Pharmakologie und Toxikologie ernannt.

Privatdozent Dr. med. Karl-Heinz WEIS, Abteilungsvorsteher an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde zum außerordentlichen Professor für Anästhesiologie ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Wolfgang BARTSCH für „Neurologie“;

Privatdozent Dr. med. Ulrich PEIPER, Oberkonservator am Physiologischen Institut, für „Physiologie“;

Privatdozent Dr. med. Willibald SCHMITT, Oberassistent an der Medizinischen Klinik, für „Innere Medizin“;

Zum „Privatdozenten“ wurden ernannt:

Dr. med. Klaus GOECKE, wissenschaftlicher Assistent an der Frauenklinik und Poliklinik, für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“;

Dr. med. Friedrich HUSMANN, Diplom-Chemiker, wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Poliklinik, für „Innere Medizin mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Endokrinologie“;

Dr. med. Hermann KRIEG, wissenschaftlicher Assistent an der Frauenklinik und Poliklinik, für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“;

Dr. med. Dr. rer. nat. Siegfried NÄGLE, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik für „klinische Biochemie“;

Dr. med. Norbert RIETBROCK, wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pharmakologie und Toxikologie, für „Pharmakologie und Toxikologie“;

Dr. med. Lutz VOLLRATH, wissenschaftlicher Assistent am Anatomischen Institut, für „Anatomie“.

Professor Dr. med. Wolfgang LEYDHECKER, Direktor der Augenklinik, wurde zum Ehrenmitglied der griechischen ophthalmologischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. med. J. STRÖDER, Direktor der Kinderklinik, wurde zum Ehrenmitglied der Sociedad Valenciana de Pediatría gewählt. Außerdem wurde ihm die Ehrenplakette des Rektors der Universität Helsinki verliehen.

Apl. Professor Dr. med. Hans BAMMER wurde zum Leitenden Oberarzt an der Neurologischen Klinik und Poliklinik ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Theodor DIMMLING, wissenschaftlicher Rat am Institut für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum Abteilungsvorsteher ernannt.

Privatdozentin Dr. med. Eva MÜLLER wurde zur Leitenden Oberärztin an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik ernannt.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Bamberg als medizinisches Zentrum Oberfrankens und Bayerns im frühen 19. Jahrhundert

Medizinisch-chirurgische Schule — Irrenhaus — Kranken- und Versorgungshäuser

Von Michael Renner

Das Heilige Römische Reich deutscher Nation, ein lose zusammenhängender, vielfach gespaltener Staatenbund von rund 280 Mitgliedern, führte seit 1792 als Partner mehrerer europäischer Koalitionen verlustreichen Krieg gegen das revolutionäre Frankreich. Der Frieden von Luneville sanktionierte im Jahre 1801 die Abtretung des linken Rheinufers an den westlichen Nachbarn und verfügte die Entschädigung der betroffenen weltlichen Fürsten durch die Säkularisation geistlicher Reichsstände. Aufgrund des von einer Reichsdeputation unter dem Druck der europäischen Mächte ausgearbeiteten Reichsdeputationshauptschlusses vom 25. Februar 1803 erhielt der Kurfürst von Pfalzbaieren neben vielen anderen Gebieten die zum Fränkischen Reichskreis gehörenden Hochstifte Bamberg und Würzburg. Der Kurfürst hatte aber den Reichsschluß nicht abgewartet, sondern nach dem schlechten Beispiel anderer Mächte sich bereits im September 1802 in den militärischen Besitz der Entschädigungslande gesetzt. Die Verwaltung der besetzten Staaten wurde zwar in den ersten Wochen formell noch im Namen der regierenden Fürstbischöfe weitergeführt, tatsächlich aber begann mit dem Tag des Einmarsches der Truppen die schon vorbereitete systematische Untersuchung des Regierungssystems und seiner bisherigen Leistungen, verbunden mit der Neuorganisation der Behörden. Kürzlich konnte der erste Bericht der bayerischen Verwaltung über das Kaiserliche Hochstift Bamberg von Januar 1803 aufgefunden werden¹⁾. Eines seiner Hauptkennzeichen ist die herbe Kritik der alten Regierung, die es nicht verstanden habe, sich mit Hilfe der modernen Statistik ein umfassendes Bild vom wirtschaftlichen Zustand des Landes und seiner Bevölkerungszahl zu schaffen. Deshalb ist es auch heute nur möglich, mit dem ungenannten Autor des Berichts von 1803 eine ungefähre Einwohnerzahl von 140 000 Menschen anzunehmen. Diese Untertanen des Bamberger Fürstbischofs lebten in einem ungeschlossenen, von vielen reichsritterschaftlichen Gebieten durchsetzten Territorium von ungefähr 65 Quadratmeilen Umfang. Zum Hochstift Bamberg gehörten außer der Residenzstadt mit ihren 1793 Häusern (1784) die heutigen oberfränkischen Kreisstädte Ebermannstadt, Forchheim, Kronach, Lichtenfels, Stadtsteinach und Höchstadt an der Aisch. Hervorragende Amtssitze neben einer Anzahl kleinerer sind noch die Städte Baunach, Burgkunstadt, der Wallfahrtsort Gößweinstein, Herzogenaurach, Hollfeld, Marktschorgast, Scheßlitz, Vilseck im Landkreis Amberg, Weismain und Zeil am Main. Die Kreisstadt Staffelstein unterstand dem Domkapitel. Wir sehen also, daß ein wesentlicher Teil des Regierungsbezirks Oberfranken vom Hochstift Bamberg eingenommen wurde.

Wie sah es nun mit der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und mit der Ausbildung der Ärzte, Wundärzte und Hebammen aus? Fachmännische, wenn auch summarische Auskunft gibt die dem Bericht der baye-

rischen Verwaltung vom Januar 1803 beigegebene anonyme „Darstellung der Gesundheitspflege“. Sie zeigt zunächst den Gegensatz zwischen der das Medizinalwesen fördernden Regierungszeit des aufgeklärten Fürstbischofs Franz Ludwig von Erthal (1779—1795) und der von Nachlässigkeit und Versäumnissen gekennzeichneten Epoche des Nachfolgers Christoph Franz von Buseck (1795—1802). Die „Darstellung“ ist zu einer Zeit abgefaßt, als es noch nicht feststand, daß die neue Regierung die Universität Bamberg aufheben werde. Unter Hinweis auf den bisherigen Erfolg des seit Anfang der neunziger Jahre des 18. Jahrhunderts am neuen Krankenhaus erteilten klinischen Unterrichts wird die Beibehaltung dieser Anstalt gefordert. Administrative Zusammenfassung der Stadt- und Landspitäler als Voraussetzung für die Erweiterung des Bamberger Krankenhauses um Spezialabteilungen ist eine der wichtigsten Forderungen des Berichts, weil hier die im Jahre 1804 getroffenen Maßnahmen vorgezeichnet werden. Nicht minder wichtig ist nach Meinung der „Darstellung“ die Gründung eines Sanitätskollegiums bei der Landesdirektion (heute Bezirksregierung) als leitende Gesundheitsbehörde.

Darstellung der Gesundheitspflege im Hochstift Bamberg

„Die Begründung einer auf feste Grundsätze gebauten Gesundheits-Pflege war das ernstliche Bestreben Franz Ludwigs. Seine ernste Idee in dieser Hinsicht war — Bildung des Medicinal-Personals. Den Anfang der Reihe machten die Hebbammen; es wurde ein öffentlicher Lehrer angestellt und besoldet; der Unterricht unentgeltlich erteilt; jährlich ein Cours gehalten und auf Kosten der resp. Gemeinden Lehrlinge berufen und unterhalten. Diese mußten unbeschoitene Rufs, mit Zeugnisse[n] versehene Personen seyn — sie wurden geprüft; den Angestellten Vorzüge und Vortheile gewährt; die alte[n] nicht unterrichtete[n] entfernt; die Ausübung der rohen Empirie untersagt, und so der größte Theil des platten Landes mit geschickten Hebbammen besetzt.

Nach dem Tode des Stifters [1795] ist diese Einrichtung größtentheils verfallen, die alten Mißbräuche haben sich wieder eingeschlichen und eine erneuerte Verordnung zum höchsten Bedürfnis gemacht. Eines der größten Hindernisse dieser Anstalt ist, daß die angestellten Hebbammen — ihrer mögen gegen 130 seyn — gar kein fixes Einkommen haben — ihren sauren Verdienst oft erbetteln müssen — dann eine legale Taxe existirt nicht — und zum Nachtheil ihrer Kenntnisse genöthigt sind, andere mit diesen in Widerspruch stehende Handarbeit zu verrichten.

Dieser Bildung schlosse sich jene der Wundärzte an. Die Maaßregeln, welche hiebey getroffen wurden, zum Theil aber noch erst in Vollzug kommen sollten, sind:

- a) Die Aufhebung der Badermittein;
- b) Die Annahme und der Unterricht der Lehrlinge und Gehülfen;
- c) Die Erfordernisse und Verfügungen der öffentlich anzustellenden Stadt- und Landwundärzte.
- d) Der Unterschied, welcher zwischen einem gewöhnlichen und sogenannten Medicinal-Wundärzte stattfinden sollte.

- e) Die Einrichtung einer Prüfungs-Commission für die Lehrlinge, Gehülfen und Wundärzte selbst;
- f) Die Regulierung einer Taxe.
- g) Die Entwerfung einer Landes-Verordnung, welche alle die hier berührten Punkte genau bestimmen und zum Gesetz erheben sollte. Diese Landesverordnung war bereits entworfen, der zu frühe Tod des Fürsten verhinderte ihre Bekanntmachung.

Auch diesen Gegenstand hat der Regierungs-Nachfolger nicht besonders gewürdigt, das ganze Geschäft beruht noch auf sich selbst, und die alten Gebrechen haben sich fast sämmtlich wieder eingeschlichen. Wenn der schon gefertigte Entwurf der Landesverordnung zu seiner Zeit den Beyfall der künftigen Regierung erhalten sollte, so dürfte nach einer nochmaligen Revision desselben und wenn er den neuen Verhältnissen in Rücksicht der allgemeinen Grundsätze sowohl als der Localität angepaßt würde, dieser so wichtige Zweig der medizinischen Polizey in dem hiesigen Landes-Bezirk bald in das gehörige Geleis gebracht werden können. Was die Bildung der jungen Aerzte betrifft, so dürfte kein Landeskind zum öffentlichen Unterricht zugelassen werden, das nicht die besten Zeugnisse seiner ausgezeichneten Fähigkeiten aufweisen könnte. Wer als Landphysikus aufgestellt werden wollte, müßte alle Zweige der Medicin studirt und das Clinicum einige Jahre frequentirt haben.

Wer als öffentlicher Lehrer aufgestellt werden wollte, müßte ein Mann von Talenten seyn, im In- und Auslande sich gebildet haben. Auch in diesen Punkten sollen nachmals Modificationen stattgefunden haben, welche das Ansehen dieser Stellen nicht sehr beförderten.

Die Einrichtung eines allgemeinen Krankenhauses sollte diesen Anstalten Richtung, Festigkeit, Glanz geben. Das Gebäude wurde von Franz Ludwig vollendet. Die Anstalten nahmen ihren Anfang, allein er starb und hinterließ sie nur mit einer äußerst mäßigen Dotation. Durch Schenkungen, die vorzüglich eine Folge der verdienten Reputation waren, die sie genießt, hat sie ansehnliche Beyträge erhalten: ausschließlich einiger liegenden Gründen besitzt sie dormalen an Kapitalien ungefähr 100 000 f. Rheinisch. Wenn, was die Absicht des Stifters war, und wozu die Einrichtung im Hause schon getroffen ist, die Kranken aus den conscribten Armen der Stadt unentgeltlich aufgenommen werden sollen, und die Dienstbothen und Handwerksgesellen nur eine mäßige Summe zahlen, wenn selbst dem Landvolke mit Gebrechen, die auf dem Lande nicht wohl geheilt werden können, der Zutritt nicht versagt wird, so dürfte der Fond wohl mit 50 000 f. zu vermehren seyn. Die Administration wäre schon zufrieden, wenn ihr nur die 80 Malter Korn, 60 Klafter Holz und 2 Fuder Wein, in deren Besitz sie schon war, wieder, und einige Bestallungsgelder und Naturalien für den Arzt und Wundarzt gegeben würden. Zur Vollendung dieser Anstalt fehlten noch einige Einrichtungen, als nemlich:

A. Das Entbindungs-Haus.

Wenn hiezu die Hühnermästerey und das Hofwaschhaus, Gebäude, welche fast unmittelbar an den Hospital anstoßen, benutzt werden, so dürfte die innere Einrichtung kaum 1000 bis 1500 f. kosten. Der Betrag der Unterhaltungs-Kosten läßt sich vorderhand schwer bestimmen, weil alles hiebey auf die Zahl der aufzunehmenden und die Dauer der Aufnahme ankommt. Mit 2000 f. könnte schon eine ziemliche Anzahl aufgenommen und verpflegt werden. Geschehe die Aufnahme nicht vor dem 9ten Monate und die Entlassung gleich, so würde gewiß eine geringere Summe schon hinreichen.

Das Anatomie-Gebäude.

Hierzu war vormals die jetzige Tobacksfabrique bestimmt. Das Haus war für 300 f. verkauft, wurde unter der jetzigen Regierung wieder verkauft, der Fabricant ist gestorben und verdorben, das Haus ist jetzt wieder um einen billigen Preis zu haben. Aus diesem Hause ließe sich nebst dem Anatomie-Gebäude ein chemisches Laboratorium errichten. Der Ankauf und die Einrichtung dürfte dennoch sich auf 10 000 f. belaufen. Es existirt einswellen schon ein anatomisches Theater

hier in der Frohnfestung, welches vorerst noch hinlänglich wäre, wenn die obige Auslage für den Augenblick zu hoch seyn sollte.

Botanischer Garten.

Nichts wäre mit weniger Schwierigkeiten und Unkosten verbunden als die Einrichtung eines botanischen Gartens. Der Geyerwer (!) Garten (Geyerswörth-Garten mit Schloß) ist sowohl in Rücksicht seiner Größe, Lage der Glashäuser und übrigen Gebäude vollkommen zu einem botanischen Garten geeigenschaftet. Die Einrichtung hiebey wäre fast mit gar keinen Unkosten verbunden. Auf die Unterhaltung dürfte nicht mehr verwendet werden als jetzt schon geschieht, da der Hofgärtner, seine Gesellen und die Tagelöhner schon in Besoldung stehen. Hierzu kommt noch, daß der jetzige Gärtner selbst die hinlängliche Kenntnisse, welche von einem Botaniker erfordert werden, besitzt. Chyrurgische Instrumente.

Diese besitzt die hiesige Academie schon. Es wird kaum eine Summe von 500 f. nothwendig seyn, um das noch abgehende zu vergänzen.

Sowohl der Professor der Entbindungskunst als auch der Anatomie und Botanic existiren schon und zwar mit hinlänglicher Besoldung. Sie sind in ihren Fächern eminent. Der Lehrer der Entbindungskunst reicht zwar für den Unterricht der Hebbammen, nicht aber für die angehende Aerzte und Wundärzte zu. Was aber noch gänzlich abgeht, ist ein öffentlicher Lehrer der Experimentalphisik und Chemie. Diese Stelle müßte vordersamt mit einem vorzüglichen Subject besetzt werden, und würde sich dieses mit einem Gehalt von 4 bis 600 Reichsthalern begnügen.

Die Instrumente für das physikallsche Cabinet könnten ohne Unkosten aus den Abteyen in hiesigen Ländern genommen werden.

Die Academie besitzt ein Naturalien-Cabinet, dem nur die neueren Sachen abgehen, welche mit einer Summa von 1000 f. füglich nachzuschaffen seyn solten.

Der Lehrer der Naturgeschichte (Professor Konrad Frey, Universitätsbibliothekar), welcher aus dem hiesigen Clerus ist, soll seinen Platz nicht füllen, für dessen Besoldung aber recht wohl ein brauchbarer Mann zu finden seyn.

Die Stadt ist hinreichend mit Aerzten versehen. Auf dem platten Lande fehlen deren 3 bis 4. Die angestellten sind sämmtlich — die meisten gut bezahlt. Eine bessere Taxe aber ist nothwendig. Die Einrichtung der Wundärzte auf dem platten Lande ist äußerst mangelhaft; Wenn es schon der Barbierer und Bader in großer Menge giebt. Nur wenige in den Municipal Städten haben ein fixes Gehalt — ohne einer zu Zeiten anpassenden Taxe leben die übrigen von der Praxis. In der Hauptstadt sind 4 Apoteker, ihre Anzahl ist hinreichend, durchaus in gutem Zustande und sogar im Auslande berühmt. Auf dem Lande ist die Einrichtung von 3 bis 4 besonders zu Lichtenfels, Stadtsteinach und Hohlfeld Bedürfnis, sie stehen unmittelbar unter der Regierung. Ein Rath ist steter Referent. Die Apoteker in der Stadt werden von Zeit zu Zeit visitirt, auf dem Lande denkt Niemand daran. Die Taxe ist sehr mangelhaft.

Das allgemeine Krankenhaus hat sich von dem ersten Augenblick seines Daseyns an in seiner Reinheit und immer steigenden Vollkommenheit erhalten und ist gewiß der vorzüglichsten Muster eines. Es erhob sich, seinem eigenen Schicksaale überlassen, zur Psalmschule für das Inn- und Ausland. Die Anzahl der fremden hier studierenden Aerzte hat sich oft auf 50 bis 60 belaufen, ungeachtet alle übrige Zweige der medicinischen Hilfswissenschaften hier ganz vernachlässigt waren. Sollten auch diese in der Folge cultivirt werden, so dürfte Bamberg schnell eine der besuchtesten Academien in ganz Deutschland werden. Diese Wahrscheinlichkeit beruht auf folgenden Gründen:

A) Bamberg liegt mitten in Deutschland, im Mittelpunkte der berühmtesten Universitäten, denen es sammentlich an einem öffentlichen Krankenhause und klinischer Schule fehlt. Die Zöglinge sind daher durchaus gezwungen, noch einen dritten Ort zu besuchen, wo sie sich praktisch bilden können.

- B) In Bamberg ist verhältnismäßig wohlfeiler leben als in die meisten übrigen Städten Deutschlands, und wenigstens viel wohlfeiler als in Würzburg.
- C) Bamberg liegt gesund, frey und offen, kann nie eine Festung werden.
- D) Wien und Würzburg, welche mit Bamberg rivalisiren, sind in diesem Augenblick in Abnahme.

In Wien sterben sehr viele junge Aerzte am Faulfieber, welches im großen Krankenhause fast epidemisch herrscht. Die Ausländer kehren sämtlich mißvergnügt und von Wien zurück. Auch ist die Anzahl der Inländer in Oesterreich so groß, daß die Ausländer kaum sehen und hören, was am Krankenbette vorgehet. Dann ist Wien auch für die minder begüterte zu entfernt und kostspielig.

Das große Juliospital in Würzburg kämpft mit sehr großen Mängeln. Es ist nach seiner eigentlichen Bestimmung mehr ein Kurhaus, als klinische Anstalt. Die Säle sind zu nieder, nicht reinlich genug. Die Kost der Kranken nicht anpassend, die Krankenwart im Durchschnitt sehr vernachlässigt; der klinische Arzt krank und so geschwächt, daß er seinem Amte nicht mehr vorstehen kann. Da er mit dem Gelste der Zeit fortgeschritten war, so hat sein Ruf jede junge Aerzte nach Würzburg gezogen. Mit seinem Erkranken und fortdauernder Kränklichkeit verlohren und verlieren sich die Ausländer fast sämtlich.

Auch in dem Fall, wo die Universität in Würzburg beybehalten wird, scheint es sehr vorteilhaft, die hiesige Clinische Anstalt nicht sinken zu lassen, da der Aufenthalt so vieler bemittelter junger Aerzte aus dem Auslande als ein Nahrungszweig für die hiesige Stadt angesehen werden muß. Ein Beweis, daß es für beyde Städte vorteilhaft ist, sieht man daraus, daß die jungen Aerzte ihren Aufenthalt zwischen hier und Würzburg theilen. In Bamberg suchen sie den Unterricht in der praktischen Arznei-Wissenschaft, in Würzburg in der Wundarznei und Hebbamenkunst.

Die auf dem Lande befindliche Spitäler stehen größtentheils unter dem Vicariate. Wenn ihre Bestimmung auch anfänglich war, für Kranke und Leidende zu sorgen, so sind sie doch mit der Zeit in Fründen (!) Spitäler übergegangen.

Eines der wichtigsten ist jenes zu Scheßlitz, dem Domkapitel gehörig. Eine Visitation dieser Spitäler ist ein Werkrecht zu seiner Zeit. Eine Vereinigung aller dieser Spitäler unter einer Administration ist unstreitig von hohen Nutzen, und in so weit das Eigenthumsrecht der Gemeinden, worinnen sie liegen, diese Vereinigung zuläßt, von entschiedener Nothwendigkeit, da die vielen Administrationen den Zweck der Stiftung durch die vielen Kosten, die sie veranlassen, schwächen.

Das Geschäft scheint dadurch schon erleichtert zu seyn, daß die mehrsten bereits unter den Vicariate stehen: eine Verbindung mit jenen des Krankenhauses ist indessen offenbar zweckmäßiger. Die jetzt bestehende Krankenhaus-Commission hat solche Beweise ihrer guten Oekonomischen Einsichten, ihres Patriotismus und Uneigennützigkeit gegeben, daß sie ganz das Zutrauen verdient, in dessen Besitz sie ist. Würde dieser Commission noch ein oder anderes Mitglied zugegeben, so könnten nicht allein die Landhospitäler, sondern auch die Spitäler in der Stadt, die Schwesterhäuser etc. ganz füglich unter einer Administration gebracht werden und daraus ein ganzes entstehen, welches vollendeter nicht zu wünschen wäre. Erst dann wären die Abteilungen, wie sie nur in wenigen Städten sind, als nemlich eines für unheilbar venerische, ein anders für unheilbar epileptische, ein drittes für unheilbar wahnsinnige und so weiter möglich und sogar diese könnten unter gewissen vorausgesetzter für beiderley Geschlechter abgetheilt werden. In dieser Unterstellung könnte dann das Krankenhaus alles immer heilbare aufnehmen.

Schon der vorige Fürst hatte diese Idee aufgefaßt. Materialien wurden gesammelt, Berichte über diesen Gegenstand gefordert und Erkundigung eingezogen, wie geräumig die Landspitäler, wie ihre Fonds beschaffen, zu welchem Ende sie gestiftet seyen. Allein durch seinen Tod blieb auch dieses bloß Idee.

Was indessen allen diesen Einrichtungen ihre wahre Erhaltung geben muß, ist die Errichtung eines Sanitaets-Collegiums, an dem es durchaus fehlt. Ohne in dessen vollständige Organisation vor der Hand einzugehen, bleiben es auch mehr oder weniger folgende Ideen, die für es in Anwendung zu bringen sind. Es muß aus einem Director und einigen Beysitzern bestehen. Der Director muß oder (?) Arzt seyn und in diesen Fall Sitz und Stimme bey der Landes-Regierung haben oder selbst ein Glied der Landes-Regierung seyn. Das übrige Personale aber aus Aerzten und Wundärzten bestehen.

Alle Erlasse, Berichte, Anzeigen, Vorschläge, Beschwerden von den übrigen Collegien, Aomtern, Magistraten, Landphysicern, Wundärzten, Geburtshelfern, Apothekern, Hebbamen gehen an das Landes-Directorium unmittelbar. Hier ist ein Referent für alle diese Fächer aufgestellt. Dieser sendet dem Director des Sanitaets-Collegium zum Bericht und Gutachten, was dahin gehört, und letzterer trägt bey der Sitzung des Collegiums die Gegenstände vor oder sendet sie schriftlich ein. Die Beschlüsse werden entweder schriftlich oder mündlich oder beydes zugleich dem Landes-Directorium vorgetragen.

Die fernere Obliegenheiten des Sanitaets-Collegiums müssen seyn:

- a) Auf die gute Beschaffenheit der Nahrungsmittel, der Luft, der Wohnungen ein aufmerksames Auge zu haben.
- b) Die Ursache der im Lande vorzüglich gewöhnlichen Krankheiten aufzusuchen und Verwahrungsmittel dagegen ausfindig zu machen.
- c) Bey eintretenden Seuchen und Epidemien die Natur derselben ausforschen und schnell die Mittel in Vorschlag zu bringen, wodurch der ferneren Verbreitung vorgebogen werden kann.
- d) Die Bemühung, dem Volke eine zweckmäßige medicinische Aufklärung zu geben; schädliche Vorurtheile, Aberglauben und Gewohnheiten, welche der Gesundheit nachtheilig sind, auszurotten.
- e) Auf die Pfuscher und Pfuscherinnen ein aufmerksames Auge zu haben.
- f) Alles dazu beyzutragen, damit rechtschaffene Aerzte, Wundärzte, Hebbamen, auch Krankenwärter angestellt und abgerichtet werden.
- g) Die genaueste und gewissenhafteste Prüfung dieser Medicinalpersonen.

Daß auch die zweckmäßigste Einrichtung eines Collegium Sanitatis ohne Nutzen bleiben würde, wenn man bey der Auswahl der Mitglieder, besonders des Directors, nicht glücklich wäre, drängt sich von selbst auf."



Petschaft des Dr. Marcus

Bewährt:

Adenylocrat[®]

**Neueinführung
als Ergänzung:**

**Adenylocrat[®]-
Digoxin**

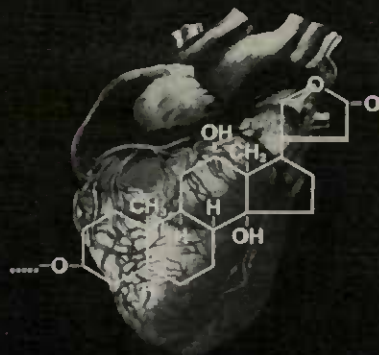
**zur umfassenden Therapie der
Herzinsuffizienz**

■ **steigert Herzleistung
und
Koronardurchblutung**

■ **rascher Wirkungseffekt durch per-
linguale Applikation**

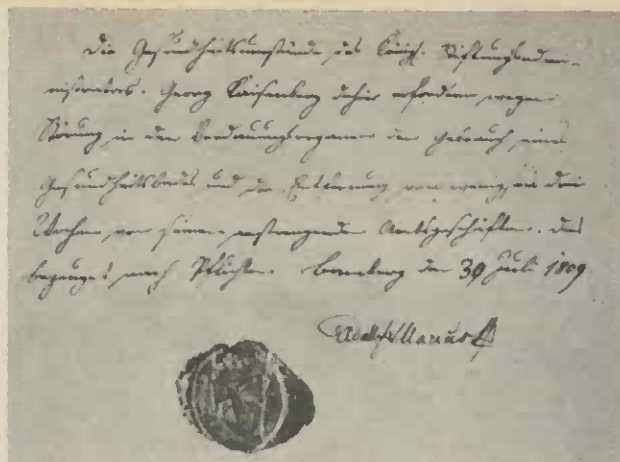
Zusammensetzung: 1 ml
(ca. 30 Tropfen) enthält
Digoxin 0,250 mg,
Adenosin-5-mono-
phosphorsäure 2 mg,
Adenosin 1 mg,
Myocard-Extrakt-Lösung
180 mg, Extr. Fruct.
Crataegi oxyac. fluid
400 mg.

Packungen mit 20 und
50 ml



ADENYL-CHEMIE

**ADENYL-
CHEMIE**



Ärztliches Zeugnis des Dr. Marcus (Minn 11 267)

Mit großer Wahrscheinlichkeit dürfte der Verfasser der „Darstellung“ Dr. med. Adalbert Friedrich Marcus (1753—1816) sein¹⁾. Als Direktor des vom Fürsten Franz Ludwig 1789 gegründeten Bamberger Allgemeinen Krankenhauses²⁾ erteilte er dort seit 1793 den klinischen Unterricht zusammen mit einigen Professoren der Medizinischen Fakultät, ohne indes der Universität anzugehören. Als Anhänger der Naturphilosophie stand er in enger Verbindung mit dem Philosophen Friedrich Wilhelm von Schelling (1775—1854), was seinen Niederschlag in dem „Magazin für spezielle Therapie und Klinik nach den Grundsätzen der Erregungstheorie (2 Bde., Jena, 1802—1805)“ und der gemeinsamen Herausgabe der „Jahrbücher der Medizin als Wissenschaft, Tübingen, 1805—1808“ fand. Schelling hielt 1799 vor einem großen Zuhörerkreis auch Vorlesungen in Bamberg.

Einblick in die dienstlichen Verhältnisse des vielbeschäftigten Klinikdirektors Marcus gibt sein Brief⁴⁾ vom 25. 1. 1803 an den Kurfürsten Max IV. Josef von Pfalzbaiern. Marcus führt u. a. aus: „Aus Abneigung gegen die unsterblichen Denkmäler der Wohltätigkeit seines erhabenen Vorfahrers entzog mir der Fürst-Bischof Busek einen Theil meiner Bamberger Gehalte. Der Verlust, welchen ich seit acht Jahren dadurch erlitten habe, belauft sich auf 5000 fl. Auf diesem Wege glaubte man mich von dem Krankenhause zu entfernen und so die Anstalt selbst zu vernichten. Ich ertrug Verlust und Kränkung und sehe einer besseren Zukunft standhaft entgegen. Die Krankenanstalt erhielt sich, gewann täglich mehr Vertrauen und verdoppelte ihren Fond. Der glückliche, längst erwünschte Zeitpunkt ist jetzt erschienen, wo unsere öffentlichen wohltätigen Anstalten wieder aufblühen werden.“ Marcus bittet um Restitution seiner Gehalte, teilweisen Ersatz seines Verlustes und überreicht dem Kurfürsten sein

Gehalt-Verzeichnis

„1) Als Leib- und Hofmedicus in Bamberg (seit 1781)	200 fl. fränk(isch) Gehalt 60 fl. fränk(isch) Quartiergeld 4 fl. fränk(isch) wöchentlich Kostgeld Sechs Bambergische Sümmern Korn Ein halb Centner Unschlitt Zwölf Klafter Mischholz Acht Schock Reissig, die, wie das Holz auf Kosten Fürstlicher Hofkammer geführt werden.
---	--

2) Als Leibarzt in Würzburg und Ober-Brunnen-Arzt in Kissingen und Boklet	600 fl. fränkisch Gehalt an Geld 18 Malter Korn 2 Malter Waizen 2 Fuder Wein 15 Karn Holz
3) Als Referendarius im Medicinal-Fache	120 fl. fränkisch
4) Dirigirender Arzt des allgemeinen Krankenhauses	120 fl. fränkisch an Geld 50 Sümmern Haber 1 Fuder Wein.“

Der Kurfürst traf eine schnelle Entscheidung und ernannte Marcus mit Dekret vom 31. Januar 1803 „in Rücksicht seiner erprobten Talente und ganz besonderen Verdienste um die Krankenhäuser zum Director der Medicinal- und Kranken-Anstalten“ in den fränkischen Fürstentümern mit Beibehaltung seines beim Tode Franz Ludwigs von Erthal (1795) aus den Bamberger und Würzburger Kassen bezogenen Gehalts und der Naturalien. Diese sollen künftig in Geld gezahlt werden. Marcus soll dem Kurfürsten eine ausführliche Schilderung des Medizinalwesens mit Verbesserungsvorschlägen einsenden.

Die bayerische Regierung bewies mit der Wahl des Bamberger Arztes Aufgeschlossenheit und Weitblick, da sie sich einen erprobten Schüler des großen Klinikers Ernst Gottfried Baldinger (1738—1804)⁵⁾ in Göttingen gesichert hatte. Wie sich bald zeigen sollte, besaß Marcus außerdem ein großes Organisationstalent, das sich mit ausgeprägten Führungseigenschaften verband. Er bürdete sich eine immense Arbeitslast auf, war er doch nicht nur Direktor der Medizinalanstalten in Franken, sondern zugleich ausübender Arzt im Allgemeinen Krankenhaus, im allgemeinen Versorgungshaus, im Hospital für Unheilbare, in der Irrenanstalt und im Krankenwärterinneninstitut, womit zugleich der klinische Unterricht in allen diesen Anstalten, die er größtenteils erst selbst gründete oder umgestaltete, verbunden war. Marcus kümmerte sich auch um den Apparat zur Wiederbelebung Scheintoter im Krankenhaus, der nach Wiener Vorbild eingerichtet wurde. 1805 erhielt er den Auftrag, die Militärspitäler einzurichten. Der Chef-Chirurg der französischen Großen Armee, Pierre-Francois Baron Percy (1754—1825) spendet Dr. Marcus am 8. Oktober 1806 in seinem Kriegstagebuch hohes Lob: „Bevor ich Bamberg verließ, besichtigte ich noch einmal das Spital (für die verwundeten französischen Soldaten) im Dominikanerkloster, wo ich bereits sechzig kranke Franzosen und eine Menge wohlverteilter Arbeiter vorfand, die die Säle für dreihundert andere vorbereiteten.“

An der Spitze dieses Etablissements steht Doktor Marcus, der Spitaldirektor der Spitäler von Bamberg. Er ist der beste Spitalbeamte von Deutschland. Nach seiner Angabe und seinen Plänen war das große Zivilspital hier erbaut worden, das schön, gut eingeteilt, gesund und von bewunderungswürdiger Sauberkeit ist. Herr Marcus hat in den früheren Feldzügen und hauptsächlich in denen der Sambre-et-Meuse-Armee den kranken Franzosen große Dienste geleistet. Ich schlug ihm vor, die Militärspitäler von Bamberg allein zu verwalten, was er unter der Bedingung zusagte, daß man ihm einen oder zwei Unterbeamte begeben würde. Ich händigte ihm im Namen des Generalintendanten eine Art Urkunde aus, durch deren Vorweis er sich die stelligen Unterbeamten und Direktoren vom Halse halten

kann. Dieser Ehrenmann wird also auf Rechnung des Königs von Bayern die Spitäler verwalten.*)

Diese vielen Aufgaben belasteten ihn doch so, daß er wiederholt vergeblich um die Anstellung seines Neffen Dr. Moritz Mareus als Assistenten einkam. Die Regierung gab ihm statt dessen Dr. Karl Jakob Diruf (1774—1833)*), den früheren Reisearzt des Kronprinzen Ludwig, als Sekundärarzt bei. Mit ihm verstand er sich aber gar nicht, denn „wir sind in unseren Ansichten und Behandlungsart die entgegengesetztesten Pole“. Diruf wurde von Mareus die Leitung der Irrenanstalt übertragen, bis er nach einigen Jahren von Bamberg fortging.

Die Säkularisation der Klöster schuf zum großen Teil die materiellen Voraussetzungen für Marcus' Neugründungen und Verbesserungen von Kranken- und Fürsorgeanstalten. Bereits vor seiner Ernennung zum Direktor der Medizinalanstalten unterbreitete er dem Kurfürsten seine Gedanken über das Allgemeine Krankenhaus (BÄbl. 22, 1967, H. 1, S. 4—6). In unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit ihnen stehen seine auf den 9. Januar 1803 datierten

Ideen über die Errichtung eines Irrenhauses für die Churfürstlichen Staaten in Franken)

„Oeffentliche Anstalten für ein ganzes Land, oder auch für eine einzige Provinz, sind, wo möglich, im Mittelpunkt derselben anzulegen. Für die Fränkischen Provinzen ist aber Bamberg der Mittelpunkt. Eine zweyte Rücksicht ist diese, Etablissements dieser Art dahin zu bringen, wo die Lage, Luft am schönsten und reinsten, und die Lebensmittel am wohlfeilsten sind. Daher glaube ich, daß vor allen anderen Orten in Franken Bamberg vorzüglich dazu geeigenschaftet ist, ein allgemeines Irrenhaus daselbst zu errichten.

Der schönste und geeignetste Plaz dazu in Bamberg scheint mir das Nonnenkloster zum Heiligen Grabe zu seyn. Es liegt frey, in einer der schönsten und lachendsten Gegenden der Stadt, entfernt vom Fluß, und von Neben-Gebäuden; das Eine sichert die Unglücklichen, im Fall sie entlaufen, vor der Gefahr des Ertrinkens; das andere die Nachbarn vor Feuergefahr, welche in dergleichen Anstalten nicht selten zu erfolgen pflegt. Dann ist dieses Haus schon mit einer hohen Mauer umgeben; es hat einen großen Hofplatz; Gärten von einem beträchtlichen Umfange. Das Gebäude selbst ist mit geringen Unkosten zweckmäßig zu einem Irrenhaus zu verwenden, in dem es so wohl einige sehr große Säle, als auch eine Menge kleinere Zimmer enthält, welche fast sämtlich mit Gitter versehen sind. Sollten diese Klosterfrauen nicht aufgehoben werden, so könnten sie doch in ein Mannskloster, wovon mehrere vacant werden müssen, übersetzt werden. Ueberhaupt ist diese Idee eben so leicht ausführbar, als gewiß sie zum Besitz eines der vorzüglichsten Irrenhäuser in Deutschland führen muß.

Eine der wichtigsten Fragen ist, wie groß kann wohl die Anzahl der Wahnsinnigen seyn, welche in einem solchen Hause Hülfe und Verpflegung suchen werden. Da ich voraussetze, daß hier ein allgemeines Irrenhaus für die Churfürstlichen Fränkischen Staaten errichtet werden soll, so nehme ich auch an, daß für ein Hundert Wahnsinnige hier Raum seyn müsse. Ich berechne die Menschenzahl in Franken auf 500 000 Seelen und das Verhältnis der Verrückten wie 1—5000.

Hiermit stimmt die Erfahrung auch überein, wenn man zumahl nur diejenigen Wahnsinnigen dazu rechnet, welche an einem solchen Orte in Verwahrung gebracht werden müssen. Nach den Grundsätzen des Verfassers nämlich, sollte in Irrenhäuser(n) kein anderer Wahnsinniger geduldet werden, als der in seinem eigenen

Hause, bey seinen Aeltern, Verwandten, nicht ohne Gefahr oder Nachtheil wohl belassen werden könnte. Außerdem würde man wahrscheinlich annehmen müssen, daß sich unter 2500 ein Verrückter fände, die Anzahl sich demnach auf 200 belaufen würde.

Was die innere Einrichtung eines solchen Hauses betrifft, so muß es vordersamst in Säle und kleinere Zimmer, für Männliche und Weibliche, abgetheilt werden. Diese Absönderung ist ein sehr dringendes Bedürfnis und muß hier mit der größten Sorgfalt und Genauigkeit geschehen. Uebrigens müssen die Wohnungen in größere und kleinere Zimmer abgetheilt seyn. Die größeren Säle dürften höchstens 8—12 Betten, die kleineren 2—4 enthalten. Es ist grausam, zu viele Wahnsinnige in ein Zimmer zusammen zu bringen, und viel zu kostspielig, auch zwecklos, einem jeden Einzelnen ein(e) einzelne Zelle zu geben. Das letztere leidet jedoch Ausnahmen. Dieserhalb müssen auch Zellen für Einzele da seyn, welche so wohl wegen Ihres Standes, als auch ihres Zustandes abgesöndert werden müssen. In dieser Hinsicht dürften wohl 24 Zellen für Einzele, 12 für Männliche und eben so viel für weibliche Kranke eingerichtet werden. Außer diesen größeren und kleineren Sälen würden noch zwey ganz große Säle erfordert, wo die gemeinschaftliche Zusammenkunft der im Reconvalescenz Stand zumahl sich befindenden Wahnsinnigen sich versammeln, auch wohl speisen könnten. Hierzu könnte die Kirche vielleicht sehr gut verwendet werden. Ferner dürften einige Zellen als Gefängnisse einzurichten seyn zur Züchtigung und Entfernung für diejenigen Wahnsinnigen, die mehr boshaft als ganz verrückt sind.

Da Bäder oft von einer sehr großen Wirkung bey dieser Gattung von Kranken sind, so müßte in diesem Hause eine sehr zweckmäßige und bequeme Badeanstalt damit verbunden werden. Es gehören dazu auch Sturz- und Tropfbäder.

Es würde hier zu weitläufig seyn, alles zu berühren, was ein solches Haus zu seiner Vollständigkeit erfordert. Bey der Entwerfung und Verfertigung des Planes und Risses würde sich dieses leicht ergeben.

Das Personale, welches in einem solchen Hause erforderlich wäre, dürfte folgendes seyn: Ein Arzt; ein Wundarzt; zehn bis zwölf Wärterinnen; vier männliche Wärter; zwey Hausknechte, welche zugleich Thürhüter wären; ein Hausmeister; eine Weißzeug-Verwalterin; eine Köchin; zwey Hausmägde.

Die Anschaffung der nothwendigen Moebels, Betten, Wäsche, Kleidungsstücke dürfte 5000 f. erfordern; ich rechne hier, daß diese Gegenstände für jeden Kranken 50 f. kosten würde(n).

Die jährliche Verpflegung der Kranken, oder Wahnsinnigen, mit dem ganzen Personale, den Arzneyen, Salarien, Unterhaltung des Gebäudes und überhaupt mit allem, was dazu gehört, berechne ich auf 20 000 f. rheinisch.

Mein Ansatz ist hierbey, daß ich auf jeden Kopf täglich 30 Kreuzer rechne. In dem allgemeinen Krankenhause kostet uns ein Kranker täglich 45 Kreuzer rheinisch. Da die Wahnsinnigen nicht so viele Arzneyen, auch keine so ausgesuchte Speisen im Durchschnitt erfordern, so glaube ich auch, daß 30 Kreuzer zur guten Verpflegung hinreichen wird.

Ich habe jetzt nun noch die Frage zu berühren wie, und woher diese beträchtlichen Summen entnommen werden können.

Was die Anschaffung der Moebels, Betten und auch Wäsche betrifft, so wird sich bey Aufhebung der Klöster mehr, als was hierzu erforderlich vorfinden. Ein Theil davon könnte auch aus den fürstlichen Lustschlössern entnommen werde(n). Kloster Langheim allein, wenn es aufgehoben wird, kann die ganze Einrichtung, welche hier erforderlich seyn dürfte, fourniren.

Die 20 000 Gulden, welche die jährliche Unterhaltung kosten dürfte, wäre(n) auf folgende Art beyzutreiben. Erstens werden die Hälfte der 100 Wahnsinnigen aus dem Würzburgischen geliefert werden. Da das Julius-hospital zum Theil für diese Gattung der Kranken gestiftet ist, so müßte auch aus dem Fonds dieser Stiftung ein großer Theil der Unkosten ersetzt werden.

Zweytens kann man annehmen, daß wenigstens 25 unter den Hunderten seyn werden, welche auf eigene Rech-

*) Feldzugs-Journal des Pierre-François Baron Percy . . . , herausg. von Emil Longin. Bd. 1, Leipzig, 1906, 91.
Für den Hinweis auf das Buch danke ich Herrn Dr. Gerhard Schlesinger, Kronach.

Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rheuma-Therapie ist die Berücksichtigung der Forderungen nach Hyperämie und intensiver Analgesie. Dazu gehören ferner Beseitigung der Entzündung und Auflösung der Fibrinablagerungen. Durch seine Zusammensetzung erfüllt Dipyron diese Bedingungen.

Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

In WIEN: „...Besonders gut sprachen beim *Zervikalsyndrom* die radikulären Reizerscheinungen und die vasovegetativen Symptome auf die Dipyron-Behandlung an. ...erklärbar durch Behebung ausgeprägter Durchblutungsstörungen in der umgebenden Muskulatur.“

(W. BLUMENCRON, „Der Praktische Arzt“, 1966)

In MÜNCHEN: „...Besonders gut war der Therapieerfolg bei den an *Periarthritis humeroscapularis* Erkrankten. ...Die prompte Wirkung des Medikaments war auch bei den Lumbagokrassen subjektiv besonders auffallend...“

(A. MAAS, „Ärztliche Praxis“, 1966)

In WÜRZBURG: „In Fällen chronisch rezidivierender *Ischialgien* ... normalisierten sich ... nach Redressement in Narkose ... die Verhältnisse nur langsam. Nach 14-tägiger Medikation (mit Dipyron) ergaben die Nachuntersuchungen, daß die entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Komponente des Medikaments geeignet war, dem kompressionsbedingten Wurzelödem entgegenzuwirken und eine beschleunigte Regeneration der Spinalwurzel herbeizuführen.“

(G. MOLZEN, „Medizinische Klinik“, 1967)

In HAMBURG: „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem Sitzen hinter dem Steuer auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen der Dipyron-Medikation eine völlige bis weitgehende Beschwerdefreiheit und ein Wiedergewinn der Beweglichkeit des Gelenkes in seinem gesamten Bewegungsumfang auf.“

(H. EHRENBURG, „Ärztliche Praxis“, 1964)

In DÜSSELDORF: „Die bei *zervikalen Schäden* häufig geklagten Parästhesien der Hände und Arme sprachen auf die Behandlung ebenfalls recht gut an. Bei sieben Fällen von *Periarthritis humeroscapularis* hat die Dipyron-Behandlung in keinem Falle versagt.“

(H. SÜTTINGER, „Der Landarzt“, 1963)

Wie wirkt Dipyron?

Heilende Hyperämie für Gelenk und Muskel direkt von innen, intensive Analgesie vom Blutstrom her und Unterstützung des Abbaus fibrinöider Ablagerungen.

Der Wirkort von Dipyron



Arthroskopisches Bild des rechten Kniegelenks bei primär chronischer Polyarthritis: Fibringerinnsel auf der Synovia, von einem entzündlichen Granulationsgewebe durchsetzt. Alle Stadien der Organisation und Resorption des Fibrins durch die wuchernde Synovia sind zu erkennen (VAUBEL).

Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

„Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie“ von H. HAMPERL, Bonn:

„Die Fibrindurchtränkung der kollagenen Fasern sieht man besonders deutlich im rheumatischen Granulom. Wenn die Auflösung der Fibrinfäden durch Zellfermente ausbleibt, kann das liegenbleibende Fibrin nur im Rahmen einer länger dauernden Entzündung weggeschafft werden. *Es wirkt wie ein Fremdkörper und unterhält die Entzündung, als deren Produkt es entstanden ist.*“

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortsehr. Röntgenstr.“:

„Im Bereich *arthrotischer Kniegelenke* ist mit der Serien-Angiographie eine *verminderte Blutfüllung der Kollateralen* einwandfrei festzustellen.“

„Wie drückt die Hyperergische Gewebsschädigung den klinischen Bildern der chronischen rheumatischen Infektarthritis ihr Gepräge auf“ von G. EDSTRÖM, „Zeitschr. für Rheumaforsch.“. Es wird gezeigt, daß der *Sauerstoffverbrauch in den Myogelosen* der gelenknahen Muskulatur *vermindert* ist.

**Dipyron -
eine sinnvolle therapeutische Konzeption.**

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

Von
den Vortheilen
der
Krankenhäuser
für
den Staat.



Adalbert Friedrich Markus,
Hofrath, Leibarzt und erster dirigirender Arzt des allgemeinen
Krankenhauses in Bamberg.

Bamberg und Würzburg,
in Verlag bey Tobias Göbhardt Universitätsbuchhändler.
1790.

nung verpflegt werden. Es blieb(e) demnach nur ein Fonds für Dreysig Wahnsinnige auszumitteln übrig. Hierzu würden die Revenuen der Kloster Frauen zu St. Clara allein hinreichen. Wenn nur eines der Gebäude der aufzuhebenden Klöster veräußert wird, so dürfte die Summe dazu hinreichen, die nothwendige Bauveränderungen an dem Kloster zum Heiligen Grabe damit zu bestreiten. Ich hoffe wenigstens, daß 4—6000 f. hinreichen werden, den Bau in den vollkommensten Zustand zu setzen.

Würde dieses Projekt ausgeführt, dann die Pfründ(n)er sämtlich in das Catharinahospital untergebracht, und die Unheilbaren in die Hünermästerey und das Hof-Waschhaus versetzt, so dürfte wohl keine Stadt in Deutschland sich schmeicheln, eine so vollendete Verpflegungs- und Krankenanstalt zu besitzen.

Bamberg 9. Jänner 1803

A(dalbert) F(riedrich) Marcus.“

Entgegen dem ursprünglichen Plan wurde die ehemalige Propstei St. Getreu des aufgehobenen Benediktinerklosters Michelsberg für das neue Krankenhaus gewählt. Ein u. a. von Marcus unterzeichneter Bericht der Landesdirektion Bamberg an den Kurfürsten vom 22. Juli 1805 rühmt die „äußerst freye und romantische Lage (!)“ der für 36 Personen eingerichteten Anstalt. Bei ihrer Eröffnung — Schlüsselübergabe an die Krankenhauskommission war nach dem 28. Februar 1804 — wurden 10 Gemütskranke eingewiesen. Man rechnete damit, daß es bald 18 sein würden. 1811 wurden drei Gefängnisse im Hause errichtet. Von 1805 bis 1810 erhielt die von Marcus gegründete Anstalt einen

jährlichen Staatszuschuß von 1000 fl.; danach wurde ihr laufendes Defizit aus Mitteln anderer Stiftungen gedeckt. Noch 1828 besaß das Irrenhaus keinen eigenen Fonds. Die weitere Geschichte seiner Finanzierung ist nicht ohne Reiz, gehört aber nicht mehr hierher.

Gründung der Medizinisch-chirurgischen Schule

Die von der Regierung noch 1803 verfügte Aufhebung der Universität Bamberg zugunsten Würzburgs wird nicht nur Marcus, sondern viele Gebildete schwer getroffen haben. Da war es für die Mediziner ein gewisser Trost, daß die Regierung die Errichtung einer Medizinisch-chirurgischen Schule in Bamberg bestimmte, die am 1. Dezember 1803 eröffnet wurde. Der Organisationsplan stammte von Dr. Marcus, der zugleich als Direktor der Schule und, wie schon vorher, als Lehrer der Klinik fungierte. In einer Druckschrift⁸⁾ rührte er kräftig die Werbetrommel, um in Deutschland auf die neue Lehranstalt aufmerksam zu machen. An ihr sollten Wundärzte und Hebammen theoretisch und praktisch unterwiesen werden, während Ärzte, die die Hochschule bereits absolviert hatten, hier ihre praktische Ausbildung erhalten konnten. Diesen Grundgedanken vertreten sowohl die Werbeschrift als auch die beiden kurfürstlichen Reskripte an die Landesdirektion Bamberg und an den Generalkommissar Grafen Thürheim in Würzburg vom 11. Juli und 2. November 1804⁹⁾.

Einerseits hielt man es für notwendig, die mittellosen künftigen Wundärzte und Hebammen auf eine für sie und den Staat möglichst billige Art in den beiden Hauptstädten der fränkischen Fürstentümer zu unterrichten. Hier boten sich nun glücklicherweise das Juliusspital in Würzburg und das neue „vorzüglich eingerichtete“ Bamberger Krankenhaus als Lehrstätten an, die eine sparsame Regierung „zweckmäßig benutzt“, wissen wollte. Marcus vermag treffend in seiner Schrift auszudrücken, wie langwierig die Ausbildung

Einladung

Auf Anordnung Sr. Hochfürstlichen Gnaden, sollen die klinischen Uebungen, im hiesigen Krankenhause, durch practische Vorlesungen, für angehende junge Aerzte, lehrreicher gemacht werden; diese Anstalt selbst aber, feyerlich eröffnet, und der Plan wie die Vorlesungen eingerichtet, nebst einer Uebersicht aller, seit der Eröffnung des Krankenhauses, daselbst verpflegten Kranken, in einer Antrittsrede, vom Hofrath Marcus, öffentlich abgelesen werden.

Freunde der Heilkunde, der Kranken und des Krankenhauses, werden eingeladen, diese Vorlesung, welche Montag den 11ten dieses Vormittags um 11 Uhr im hiesigen Krankenhause gehalten werden soll, beyzuwohnen, und dadurch einen neueren Beweis ihrer edlen Theilnehmung an dem glücklichen Fortgang der hiesigen Krankenanstalt zu geben.

Bamberg den 8ten November 1793

A. Fr. Markus, Hofrath und Leibarzt.

Anzeige des Beginn der klinischen Vorlesungen
(„Bamberger Intelligenzblatt“, 1793, Nr. 89)

einer Hebamme ist und welche Geduld der Lehrer hierbei aufzubringen hat. Ebenso anschaulich sind seine Ausführungen über den Wert der mehrere Jahre erfordernden praktischen Ausbildung für Ärzte und Wundärzte. Als Folge des Fehlens klinischer Anstalten an den meisten deutschen Universitäten besäßen die Mediziner nur ungenügende technisch-praktische Kenntnisse. Preußen und Österreich hätten diesem empfindlichen Mangel zu begegnen gesucht, indem sie für den Unterricht ihrer Wundärzte die Josephinische Akademie in Wien und die Medizinisch-chirurgische Schule in Berlin gründeten. „Was die Akademie (Hochschule) in wissenschaftlicher Hinsicht bezweckt, dahin arbeitet die klinische Schule im technischen Fache. Der wesentliche Unterschied zwischen diesen beyden würde seyn, daß auf der hohen Schule fordtersamst die wissenschaftlichen Fächer, auf der klinischen aber die Technik cultivirt würde. Die Akademie ist mehr zur Bildung der Ärzte, die klinische Schule aber zur Bildung der Wundärzte bestimmt. Auf der Akademie wird den Ärzten soviel von der Wundarzneikunst gelehrt, als ihnen zu wissen nothwendig ist; auf der klinischen Schule findet das umgekehrte Verhältniß bey den Wundärzten statt.“ Eine Kollision mit der Universität sei ausgeschlossen, da die „Landesklinder“ nur dort Medizin studieren dürften. „Erfüllen die beyden öffentlichen Lehranstalten in Franken (Würzburg und Bamberg) ihren Beruf, so zwingen sie nebenbey auch die ärztliche Jugend aus ganz Deutschland (!) vor ihren Lehrstühlen zu erscheinen. Das Streben der Bamberger Schule muß hauptsächlich dahin gehen, sich als chirurgische Anstalt empor zu heben“, weil Bayern für seine große Armee geschickte Wundärzte brauche. „Wohin könnte eine solche Anstalt wohl zweckmäßiger, als nach Bamberg verlegt werden, da hier die öffentlichen Krankenanstalten sich bald auszeichnend über alle ähnlichen in Deutschland erheben werden.“ Sieht man diese von Selbstbewußtsein erfüllten Forderungen und Behauptungen im Zusammenhang mit dem erstaunlich breit angelegten ersten Vorlesungsplan und mit den neugegründeten oder umgewandelten Kranken- und Versorgungshäusern, so kann es kaum einem Zweifel unterliegen, daß Marcus aus Bamberg ein medizinisches Zentrum machen wollte. In seinem Mittelpunkt sollte eine Lehranstalt stehen, die trotz ihrer von der Regierung festgesetzten Begrenzung Universitätsrang besaß. Bei Aufhebung der Bamberger Universität bestand die Medizinische Fakultät aus acht Mitgliedern, von denen fünf als Lehrer an die neue Schule übernommen wurden¹⁰⁾. Der als Lehrer der Anatomie und Chirurgie angekündigte Oberwundarzt am Krankenhaus Philipp Franz (von) Walther (1782—1849)¹¹⁾ ging der Anstalt verloren, da ihn der Kurfürst am 2. November 1804 nach seiner Rückkehr von einem längeren Studienaufenthalt in Paris ab Wintersemester 1804/05 an die Universität Landshut berief. Seine aus Frankreich mitgebrachten chirurgischen Instrumente wurden Ende 1805 von der Spitaldirektion Bamberg nach Landshut ausgeliehen, um von dortigen Instrumentenmachern kopiert zu werden¹²⁾.

Aus Würzburg kam Professor Konrad Joseph Kilian (1771—1811)¹³⁾, wie Marcus ein Anhänger der Naturphilosophie und später Leibarzt des Kaisers Alexander I. von Rußland. Den großen Anatomen Ignaz Döllinger (1770—1841)¹⁴⁾, seit 1796 Professor in seiner Heimatstadt Bamberg, hatte die bayerische Regierung

Bekanntmachung

(Bamberg.) Seine Hochfürstliche Gnaden sind gnädigst entschlossen, um den Wundärzten in höchst Dero Fürstlich Bambergischen Landen mehr Schätzung, diesen aber genugsam geschickte Wundärzte zu verschaffen, in kurzem eine ihrem Zwecke angemessene Verordnung erscheinen zu lassen. Ein Punkt dieser Verordnung wird seyn, daß künftig keiner, der nicht über die Physiologie, Allgemeine Pathologie, Therapie, chirurgische Materie und Pharmacie, gerichtliche Wundarznei, Osteologie, und die übrigen Theile der Anatomie, die Lehre von Bandagen, den chirurgis. Operationen, u. der Geburtshülfe öffentlichen Unterricht erhalten zu haben bescheinigen könne, zum Examen, noch weniger ohne ein solches zur chirurgischen Praxis angenommen zu werden haben dürfe. Damit es aber auch im Lande an Gelegenheit, ersagten Unterricht zu erlangen, nicht manglen möge, haben höchstgedachte Seine Hochfürstliche Gnaden den Doctor und Professor Dorn, dann den Demonstrator Anatomie Gotthard zu öffentlichen Lehrern ernannt und bestellet, deren jeder die für ihn gehörigen Vorlesungen den Landes-söhnen ganz unentgeltlich halten, und noch im gegenwärtigen Monate, erster mit der Physiologie, und der andere mit der Osteologie den Anfang machen wird. Dieses ist es, was man jedem, der in der Zergliederungs- und Wundarzneikunst sich zu üben, auch seiner Zeit in des Fürstlichen Hochstifts-Landen zu einem ausübenden Wundarzte angenommen zu werden gedenket, zum Besten, dann zu seiner Bemessung anzukündigen nothwendig gefunden hat.

Decretum Bamberg den 14ten Julius 1789.

Ex Consilio Aulico

Aus den Anfängen der Wundarztausbildung
(„Bamberger Intelligenzblatt“, 1789, Nr. 56)

schon 1803 nach Würzburg versetzt. Der Pathologe und Kliniker Andreas Roeschlaub aus Lichtenfels (1768 bis 1835)¹⁵⁾, der seit 1796 an der Bamberger Universität lehrte, war 1802 einem Ruf nach Landshut gefolgt.

Von den fünf in die neue Schule übernommenen Fakultätsmitgliedern stammten drei aus dem Hochstift. Professor Georg Anton Dorn aus Bamberg (1760—1830)¹⁶⁾ war 1803 Ordinarius für Physiologie und medizinische Chirurgie. Als Stadtarzt erwarb er sich große Verdienste um die Pockenimpfung. Professor Joseph Friedrich Gotthard aus Lichtenfels (1757—1834)¹⁷⁾ kehrte nach seinem Studium in Bamberg, Wien, Würzburg und Mainz in die Heimat zurück und war hier seit 1791 Lehrer für Anatomie, Osteologie und Tierarzneikunde. Sein älterer Bruder Adalbert Philipp Gotthard stand 1803 im 55. Lebensjahr und in seinem 33. Dienstjahr. Er war damals Ordinarius der Geburtshilfe und Chirurgie, Leibwundarzt des Fürstbischofs, Oberwundarzt im Krankenhaus, Ober-Stadt- und Land-Zent-Wundarzt, d. h., er war zuständig für die gerichtliche Medizin. Über seinen Ausbildungsweg gibt er 1805 selbst Auskunft: „Von dem . . . Fürsten Adam Friedrich (Graf

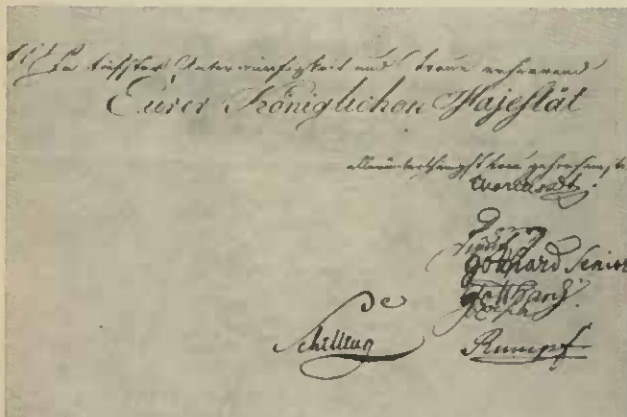
Anzeige

Dem Professor Gotthard den jüngeren ist den 23ten November das Doktorat in der Medizin und Chirurgie ertheilt worden. Derselbe wird sich von nun an vorzüglich mit Heilung innerlicher und äußerlicher Krankheiten des menschlichen Körpers beschäftigen. Seine Wohnung ist in der Fleischgasse Nro. 250 in dem ehemaligen Hofrath Dornischen Hause.

Praxiseröffnung des Prof. Gotthard junior („Bamberger Intelligenzblatt“, 1801, Nr. 96)

von Seinsheim, 1757—1779) . . . wurde ich nach 7jährigen geleisteten Dienste als angestellter Arzt im Spitale zu Wirzburg zu meiner besseren Befähigung in der Wundarznei und dem Accouchement auf 4 Jahre nach Berlin, Straßburg, Kassel und Göttingen gesendet und ward bey meiner Wiederkunft als Lehrer der Anatomie angestellt.“ (Minn 23 260). 1793 richtete er die Bamberger Hebammenschule ein. Erwähnung verdient seine fast 1000 Präparate umfassende Knochensammlung, deren Ankauf für die Universität Landshut in den Jahren 1804 bis 1812 aus finanziellen Gründen nicht gelang (Minn 23 689).

Der Ordinarius der Chirurgie und Hebammenkunst, Hofchirurg Ignaz Rösch († 1813) war 1803 45 Jahre alt und stand im 6. Dienstjahr. Apotheker in Bamberg war der Extraordinarius der Chemie und Pharmazie Ernst



Unterschriften der Professoren auf einer Eingabe an König Max Josef I.

Friedrich Rumpf aus Oberroßbach bei Friedberg/Hessen (1764—1859). Direktor Marcus selbst stammte aus Arolsen in Waldeck.

Nach der Vorstellung der Lehrer ist es an der Zeit, einen Blick auf den ersten Vorlesungsplan der Schule zu werfen und ihrem Direktor anschließend selbst das Wort für seinen großen Rechenschaftsbericht zu erteilen.

Anmerkungen

- ¹⁾ Michael RENNER: Regierung, Wirtschaft und Finanzen des Kaiserl. Hochstifts Bamberg im Urteil der bayer. Verwaltung 1803: Jahrbuch f. fränk. Landesforschung 28, 1966. — Sämtliche für die vorliegende Arbeit benutzten Akten im Bayer. Hauptstaatsarchiv München (HStAM).
- ²⁾ Friedrich ROTH: Dr. Adalbert Friedrich Marcus . . . Darstellung seines Lebens und Wirkens. In: Festschrift zum 100jährigen Jubiläum des allg. Krankenhauses zu Bamberg 1889, Bamberg 1889. — Biograph. Lexikon d. hervorr. Ärzte aller Zeiten und Völker, 2. Aufl. Bd. 4, 1932, 75.
- ³⁾ Vgl. Anm. 2, und Dieter JETTER: Geschichte des Hospitals. Bd. 1. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Wiesbaden 1966 = Sudhoffs Archiv, Beiheft 5, hier S. 149—158 mit Plänen. — M. RENNER: Zur wirtschaftl. Grundlage und Leistung des Bamberger . . . Krankenhauses von seiner Gründung bis z. Beginn der bayer. Herrschaft 1789—1803, in BÄbl. 22, H. 1, 1967, S. 46—70.
- ⁴⁾ HStAM MF 14802: Die Organisation eines Sanitäts-Collegiums in den fränk. Fürstentümern und das Personale desselben 1803. Hier auch 2 eigenh. Briefe von Prof. Philipp Walther an den Kurfürsten.
- ⁵⁾ Biogr. Lexikon der hervorr. Ärzte aller Zeiten und Völker. 2. Aufl. Bd. 1, 1929, 300—301. B. war seit 1773 Klinikdirektor in Göttingen, seit 1783 Dirigent der Medizinalangelegenheiten für Hessen-Kassel. Einer seiner Schüler war Soemmering.
- ⁶⁾ Wie Anm. 5, Bd. 2, 1930, 277. — Vgl. HStAM Minn 61998 fol. 56—59, über Moritz Marcus fol. 143—146; über den Apparat zur Wiederbelebung Scheintoter Minn 65777 Leichenbeschau . . . Verfahren bei Unglücksfällen und Scheintoten, Generalla (mit 2 Entwürfen einer Verordnung über Totenbeschau im Mainkreise 1808), hier Nr. ad 6.
- ⁷⁾ HStAM Minn 62107: Irrenhaus in Bamberg. — Marcus' egh. Darst. fol. 1—4.
- ⁸⁾ Adalbert Friedr. MARCUS: Die Medizinisch-chirurgische Schule zu Bamberg, Bamberg 1804, Georg R. Klebsadel. 24 S. (UB Würzburg Rp. XIV 441; Fotokopie in Staatsbibliothek München).
- ⁹⁾ HStAM Minn 61998: Allg. Krankenhaus Bamberg fol. 21 und 44—45.
- ¹⁰⁾ Heinrich WEBER: Geschichte der gelehrten Schulen im Hochstift Bamberg von 1007—1803, in: Bericht des Histor. Vereins Bamberg (BHVB) 42—44, 1879—1881; über die Aufhebung der Universität 1803 siehe Bd. 42, 1879, 151—156; Geschichte der seit 1770 bestehenden Medizin. Fakultät ebenda, 280—305; die Professoren der Med. Fakultät in Bd. 44, 1881, 701—704 und 604—605 (beim Personalstatus der Universität 1803). Publikationsverzeichnis der Mitglieder der Med. Fakultät 743—745.
- ¹¹⁾ Wie Anm. 5, Bd. 5, 1934, 838—841. W. ging 1818 nach Bonn, wo er als Chirurg und Augenarzt größten Ruhm erwarb; 1830 kam er an die Universität München und wurde Leibarzt Ludwigs I.
- ¹²⁾ HStAM Minn 61998 fol. 52.
- ¹³⁾ Wie Anm. 5, Bd. 3, 1931, 522—523.
- ¹⁴⁾ Wie Anm. 5, Bd. 2, 1930, 283—285.
- ¹⁵⁾ Wie Anm. 5, Bd. 4, 1932, 849—850. Begründer der Erregungstheorie, die auf den Grundsätzen John Browns aufbaute.
- ¹⁶⁾ Wie Anm. 5, Bd. 2, 1930, 297.
- ¹⁷⁾ Wie Anm. 5, Bd. 2, 1930, 807—808.

(Fortsetzung folgt)

Neurovegetalin®

das klassische Sedativum

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

25 50 100 Dragées

25 Dragées 50 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

AUS DER LANDESPOLITIK

Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz

Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Horst HAASE, SPD, vom 25. September 1968:

„In letzter Zeit sind mir aus verschiedenen bayerischen Städten wiederholt Klagen vorgetragen worden, die dahin gehen, daß eine Anzahl von Arbeitgebern die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes umgehen bzw. diesen Bestimmungen zuwiderhandeln.

Ich darf daher folgende Fragen stellen:

1. Lassen sich aus den Berichten der Gewerbeaufsichtsämter die Anzahl und die Schwere der Verstöße von Arbeitgebern gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz ersehen?
2. Wie gliedern sich die Verstöße im Hinblick auf die großen Städte und Industriemittelpunkte einerseits und die kleineren Orte sowie das flache Land andererseits
 - a) nach ihrer Häufigkeit,
 - b) nach ihrer Schwere für die Jahre 1967 und 1968?
3. Wie hoch sind die Bußgeldstrafen bei leichten, mittleren und schwereren Ordnungswidrigkeiten?
4. Ist dem Ministerium bekannt, welche Strafen die Gerichte bei Straftaten im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes aussprechen? Kann man hier ebenfalls eine Aufgliederung vornehmen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge vom 23. Oktober 1968:

„Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Horst Haase wird wie folgt beantwortet:

Die Gewerbeaufsichtsämter erstatten über das Ergebnis ihrer Tätigkeit vierteljährlich und jährlich entsprechende Berichte. Dabei teilen sie unter anderem auch die wesentlichsten Beanstandungen mit, die wegen Nichteinhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes erhoben werden mußten.

Die ermittelten Beanstandungen werden nach einer für alle Bundesländer einheitlich festgelegten Anleitung aufgegliedert. Allerdings wird zwischen Beanstandungen, denen leichte oder schwere Verstöße zugrunde liegen, nicht unterschieden. Eine solche Aufschlüsselung würde wegen der dabei bestehenden Gefahr der unterschiedlichen subjektiven Einordnung der einzelnen Zuwiderhandlungen auch zu keinem brauchbaren Ergebnis führen. Soweit besonders gravierende Verstöße festgestellt werden, wird über diese unter Schilderung des Vorfalles außerhalb der statistischen Angaben berichtet.

Die vorhandenen Unterlagen über die ermittelten Verstöße sind nach den Aufsichtsbezirken aufgegliedert. Die Aufsichtsbezirke der Gewerbeaufsichtsämter stimmen mit einigen Abweichungen mit den Regierungsbezirken überein. Besondere Erhebungen, wie sich die Verstöße im Hinblick auf die großen Städte und Industriemittelpunkte einerseits und die kleineren Orte sowie das flache Land andererseits aufgliedern, werden nicht durchgeführt. Nach den Erfahrungen der Gewerbeaufsichtsämter ist für die Einhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes weniger der Standort eines Betriebes als vielmehr dessen Größe von Bedeutung. Im allgemeinen wurde festgestellt, daß die Anwendung dieser gesetzlichen Vorschriften, unabhängig von der örtlichen Lage, in den Großbetrieben besser eingespielt ist als in den kleineren Betrieben. Die Beanstandungen, die in den Berichtsjahren 1966 und 1967 sowie im 1. Halbjahr 1968 ausgesprochen werden mußten, ergeben sich aus der anliegenden Tabelle (Anlage 1).

In den Vierteljahres- und Jahresberichten halten die Gewerbeaufsichtsämter auch die aufgrund von Verstößen gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz erfolgten

Bestrafungen sowie die erteilten Bußgeldbescheide usw. zahlenmäßig fest. Die Höhe der entsprechend den gesetzlichen Möglichkeiten unterschiedlich festgesetzten Geldbußen bewegt sich meist zwischen DM 10.— und DM 300.—. Das von den Gerichten ausgesprochene Strafmaß ist sehr unterschiedlich; es wird im einzelnen statistisch nicht festgehalten. Die Zahlen der in den Jahren 1966 und 1967 und im 1. Halbjahr 1968 erfolgten Bestrafungen und erteilten Bußgeldbescheide sowie der sonstigen angewendeten Zwangsmittel können der Anlage 2 entnommen werden.

Soweit die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes noch nicht genügend beachtet werden, sind die Gewerbeaufsichtsämter angewiesen, alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine Besserung zu erzielen. Neben der Anwendung der gesetzlichen Zwangsmittel bei der Feststellung von Verstößen wird durch verstärkte Aufklärungstätigkeit auf die Einhaltung der einschlägigen Vorschriften hingewirkt. Die Maßnahmen, die auf ein Überzeugen abzielen, bewähren sich jedoch zumindest auf die Dauer weit mehr als Zwangsmaßnahmen.

Außerhalb der Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsämter bemüht sich auch der in meinem Hause gebildete Ausschuß für Jugendarbeitsschutz darum, dem Gesetz zu einer besseren Resonanz zu verhelfen. Neben anderen Maßnahmen werden beispielsweise auf Anregung des Ausschusses regionale Aufklärungsveranstaltungen abgehalten, in denen Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Lehrkräfte und Jugendliche auf Sinn und Zweck des Jugendarbeitsschutzgesetzes hingewiesen werden. In den vergangenen Jahren wurden solche Veranstaltungen in Regensburg, Würzburg, Ingolstadt, Coburg, Memmingen und Passau durchgeführt; in diesem Jahr (1968) fanden sie in Nürnberg und Aschaffenburg statt.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge und die nachgeordneten Gewerbeaufsichtsämter werden die ständigen Bemühungen um eine bessere Beachtung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes fortsetzen. Unter anderem ist vorgesehen, einen Aufklärungsfilm sowie Schaubögen und Druckschriften über Jugendarbeitsschutz als Unterrichtsmaterial für die Schulen herauszugeben. Es darf erwartet werden, daß sich dies günstig auswirken und die Zahl der Beanstandungen auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzes abnehmen wird.

Auszug aus den Tabellen

Anlage 1 Beanstandungen auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzgesetzes

	1966	1967	1968*)
Gesamtzahl der Beanstandungen in Bayern:	8948	7838	4400

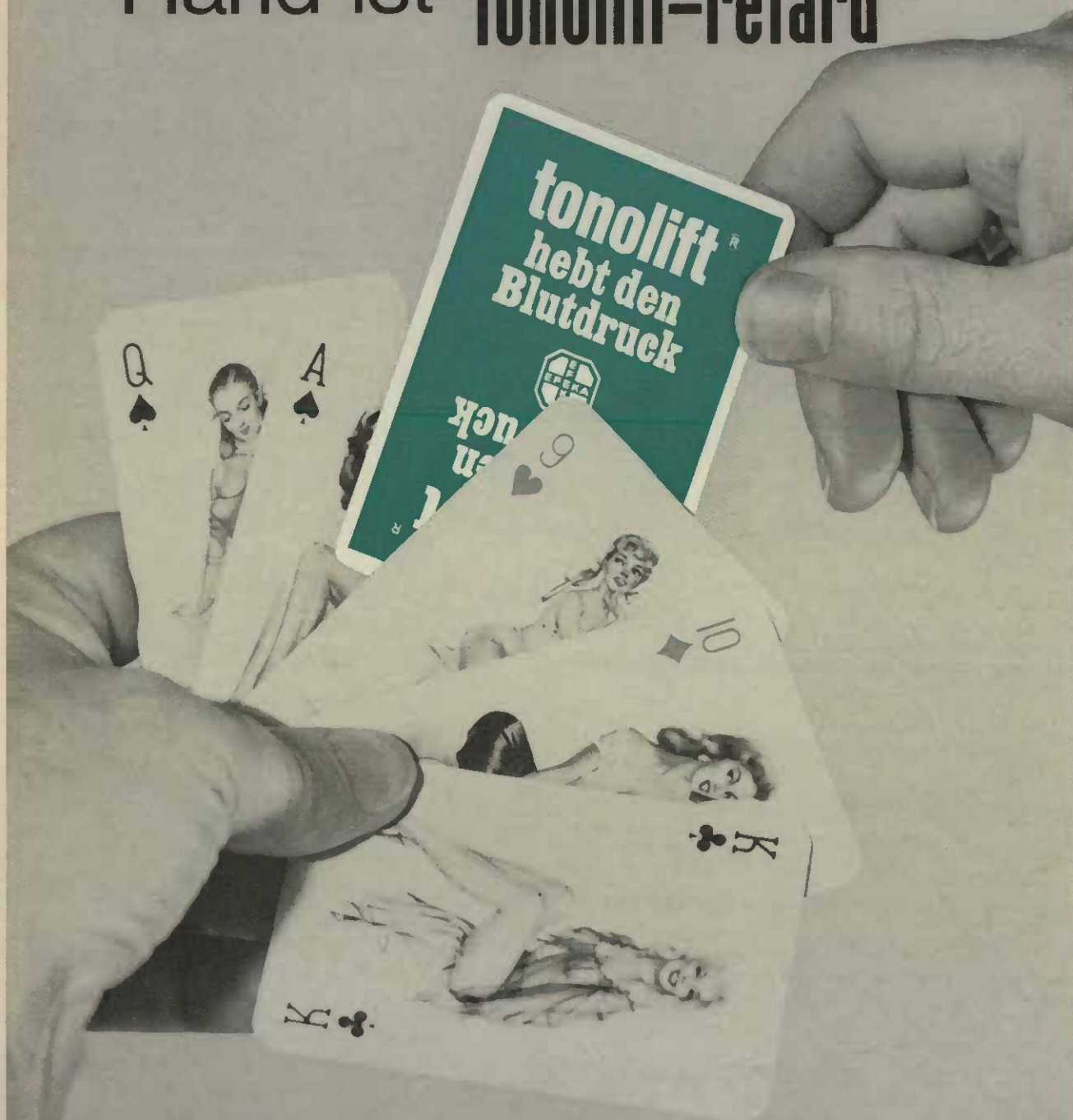
*) 1. Halbjahr

Anlage 2 Bestrafungen, Bußgeldbescheide und sonstige angewendete Zwangsmittel auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzes

	1966	1967	1968*)
Anzahl der Strafanzeigen	11	6	2
Anzahl der gerichtlichen Strafen	4	5	6
Anzahl der Bußgeldbescheide	224	233	105
Anzahl der Verwarnungen	119	101	33
Anzahl der gebührenpflichtigen Bescheide	nicht erhoben		92
Anzahl der Androhungen und Festsetzungen von Zwangsgeld	nicht erhoben		14

*) 1. Halbjahr

Ein Trumpf in Ihrer Hand ist **tonolift[®]-retard**



20 Dragees DM 4,60
50 Dragees DM 9,80

Efeka · Friedrich & Kaufmann · Arzneimittelfabrik · Hannover

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

50 Jahre Internationale Arbeitsorganisation

Die Ereignisse, die vor einem halben Jahrhundert zur Gründung der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) geführt haben, gehören heute schon der Geschichte an. Als zu Beginn des Jahres 1919 die Vertreter der meisten Länder der Welt zur vorbereitenden Friedenskonferenz, die den ersten Weltkrieg beenden sollte, zusammengetreten waren, ist bei dieser Gelegenheit am 25. Januar 1919 ein Ausschuß der Delegierten gebildet worden, der im März 1919 den Entwurf eines Internationalen Übereinkommens für eine Internationale Arbeitsgesetzgebung vorgelegt hat. Dieser Entwurf wurde nach einigen unwesentlichen Änderungen die Grundlage für die Verfassung der IAO, die zugleich mit dem Gründungsakt des Völkerbundes in Teil XIII des Friedensvertrages von Versailles aufgenommen worden ist. Mit der Unterzeichnung dieses Vertrages trat damit auch die Verfassung der IAO in Kraft.



Vordergrund: Amtsgebäude des Internationalen Arbeitsamtes

Hintergrund: Palais des Nations, das ehemalige Völkerbundsgebäude und der gegenwärtige europäische Sitz der Vereinten Nationen

Bild: ILO-Press

Die Präambel dieser Verfassung, wie sie im Versailler Vertrag niedergelegt ist, stellt fest, daß in der Welt Arbeitsbedingungen bestehen, die für eine große Anzahl von Menschen mit so viel Ungerechtigkeit, Elend und Entbehrungen verbunden sind, daß dadurch eine den Weltfrieden und die Welteinheit gefährdende Unzufriedenheit besteht. Infolgedessen sei eine Verbesserung aller Bedingungen der Lebens- und Arbeitsverhältnisse dringend erforderlich, beispielsweise hinsichtlich der Arbeitszeit, der Verhütung von Arbeitslosigkeit, der Gewährleistung ausreichender Löhne, die einen angemessenen Lebensunterhalt ermöglichen, des Schutzes der Arbeitnehmer gegen allgemeine und Berufskrankheiten, sowie gegen Arbeitsunfälle, des Schutzes von Kindern, Jugendlichen und Frauen, der Invaliden- und Altersvorsorge, des Schutzes der im Aus-

land beschäftigten Arbeiter (Wanderarbeiter), der Anerkennung des Grundsatzes der Freiheit gewerkschaftlicher Zusammenschlüsse, der Ausgestaltung des beruflichen und technischen Unterrichts und vieler ähnlicher Maßnahmen.

Dies alles ging auf die Initiative des Präsidenten der Vereinigten Staaten, Woodrow Wilson, zurück, der schon während des Krieges seine Thesen verkündet hatte, daß nur der innere Friede in den einzelnen Ländern die Garantie für den Frieden unter den Völkern und Nationen bilden könne. Der innere Friede sei aber in jedem einzelnen Land abhängig von menschenwürdigen Lebens- und Arbeitsbedingungen der berufstätigen Bevölkerung. Aus der Erkenntnis, daß soziale Unruherde in den einzelnen Ländern bei der immer stärker werdenden Verflechtung untereinander dem Weltfrieden gefährlich werden können, hatte Wilson die Forderung nach internationalen gemeinsamen Anstrengungen erhoben, um durch eine ständige Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der berufstätigen Bevölkerung eine vom Geist der Gerechtigkeit getragene soziale Ordnung als Grundlage eines allgemeinen Friedens in der Welt verwirklichen zu können.

Am 29. Oktober 1919 trat dann die I. Internationale Arbeitskonferenz (IAK) in Washington zusammen, auf der der Verwaltungsrat der Organisation gewählt wurde. Die Verwaltung und ihr ständiges Sekretariat wurden im Internationalen Arbeitsamt (IAA) zusammengefaßt, das in Genf seinen Sitz in einem eigenen repräsentativen Gebäude erhalten hat, an dessen Ausgestaltung fast alle Länder der Erde beteiligt gewesen sind.

Mit der IAO und dem IAA war eine umfassende Organisation ins Leben getreten, die sich der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen aller Erwerbstätigen angenommen hat. Als die geeigneten Mitarbeiter erschienen die unmittelbar Beteiligten: Einmal die Regierungen, die für die soziale Gesetzgebung und ihre Durchführung verantwortlich sind, und auf der anderen Seite, wie man heute sagt, die Sozialpartner, nämlich die Vertreter der nationalen Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaften.

Die IAO ist nicht nur die erste Organisation dieser Art in der Welt, sondern auch die einzige der nach dem ersten Weltkrieg geschaffenen internationalen Organisationen, die bis heute alle Wirren und Katastrophen der letzten 50 Jahre unversehrt überstanden hat. Dadurch hat sie nicht nur ihre Bedeutung, sondern auch ihre Anpassungsfähigkeit an den Wandel der Verhältnisse unter Beweis gestellt. Heute sind 120 Länder der Welt, einschließlich der Bundesrepublik Deutschland, Mitglied dieser Organisation. Bis zur Gegenwart sind 128 internationale Übereinkommen und 132 internationale Empfehlungen ausgearbeitet und angenommen worden. Darunter befinden sich viele, die sich auch mit Fragen der Medizin und der Gesundheitspflege befassen, denn eine Reihe medizinischer Postulate sind ja bereits in der Gründungsakte festgelegt.

Abgesehen davon, daß die IAO einen eigenen Ärztstab besitzt, besteht mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die ebenfalls ihren Sitz in Genf hat, seit

langem eine enge Zusammenarbeit. Gemeinsam haben sich beide Organisationen mit Fragen der Auswirkung moderner industrieller Arbeitsmethoden auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Arbeitnehmer befaßt; ferner mit der Ausbildung der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals in den Fragen der Hygiene und der Arbeitsmedizin, der Zusammenarbeit der Gewerbegesundheitsdienste mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten, dem allgemeinen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, der Meldung von Berufskrankheiten, der Planung von Gesundheitsdiensten in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben usw.

Ein großer Teil der Arbeit der IAO ist, wie dies schon

in der „Deklaration von Philadelphia“ aus dem Jahre 1944 festgelegt ist, dem Ausbau der ärztlichen Hilfe in allen Ländern der Welt, dem Mütter- und Kinderschutz und dem Schutz vor Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen gewidmet.

Auf der diesjährigen 53. Internationalen Arbeitskonferenz wird u. a. ein im vorigen Jahr von der 52. IAK angenommener Entwurf eines neuen Übereinkommens über den sozialen Schutz bei Krankheit beraten und angenommen werden. Über diesen Entwurf und seine Entstehung werden wir, soweit er für die Leser dieser Zeitschrift von Interesse ist, gesondert berichten.

v. L.-n.

Ärztliche Versorgung der Landbevölkerung in der UdSSR

Die UdSSR zählt heute auf dem Lande 181 Gebiets-, Regions- und Republikkrankenhäuser, rund 4500 Bezirks- und etwa 12 000 Dorfkrankenhäuser. Die Organisation der medizinischen Versorgung für die Dorfbevölkerung galt noch bis vor kurzem als eine Hauptaufgabe. Nunmehr kann dieses Problem als gelöst betrachtet werden.

Als Basis der medizinischen Hilfe auf dem Lande dienen die zentralen Bezirkskrankenhäuser. Im Dorf Dmitrjaschewka, Gebiet Lipezk, verfügt das Bezirkskrankenhaus beispielsweise über eine Röntgenstation, Stationen für Elektrokardiographie und Physiotherapie, eine Wasserheilanstalt, ein biochemisches, ein klinisches und ein bakteriologisches Labor sowie eine modern ausgestattete chirurgische Abteilung. Außerdem sind auch Geräte für funktionelle Diagnose vorhanden.

In diesem Krankenhaus gibt es Abteilungen für Chirurgie, Erkrankungen der inneren Organe, Gynäkologie, Infektionskrankheiten und eine Kinderabteilung. Die beiden letzteren Abteilungen sind in eigenen Gebäuden untergebracht. Auch in einer Ambulanz werden täglich Patienten versorgt, jeder Arzt hat seine eigenen Praxisräume mit der erforderlichen Ausstattung. Das Krankenhaus besitzt seine eigenen Sanitätswagen, mit denen die Patienten zur Behandlung und die Kranken in die Station gebracht werden. In dringenden Fällen fährt ein diensthabender Arzt zu dem Kranken.

Neben dem zentralen Bezirkskrankenhaus stehen der Landbevölkerung im Gebiet Lipezk auch noch verschiedene Revierkrankenhäuser zur Verfügung. Obwohl diese kleiner sind und nicht so umfassende Möglichkeiten haben, spielen sie dennoch eine bedeutende Rolle. Die Revierkrankenhäuser unterhalten in jedem Dorf eine Sanitätsstation, deren Mitarbeiter die Bevölkerung auf dem Gebiete der Medizin und des Sanitätswesens aufklären sowie Erste Hilfe leisten. Die Arbeit der Revierkrankenhäuser und der Sanitätsstationen wird vom

zentralen Bezirkskrankenhaus koordiniert und kontrolliert, dessen Chirurgen, Internisten, Frauen- und Kinderärzte sowie Neuropathologen regelmäßig in den Dörfern Sprechstunden abhalten.

In den letzten Jahren wurden die Bezirkskrankenhäuser vergrößert. Ein Fünftel der Kliniken in den Dörfern des Gebietes Rostow zum Beispiel zählt 100 bis 300 Krankenbetten, die übrigen 60 bis 100. Viele Kolchosen und Sowchosen bauen gemeinsam Krankenhäuser und Entbindungsstationen für 50 bis 75 Patienten. In den Jahren 1959 bis 1967 wurden im Bezirk Rostow Kliniken mit mehr als 85 000 Krankenbetten ihrer Bestimmung übergeben.

Die Landärzte nehmen regelmäßig an Fortbildungskursen teil. Es werden Tage des Internisten, des Chirurgen, des Neuropathologen, des Hals-, Nasen- und Ohrenarztes sowie des Augenarztes abgehalten. Einige Tage lang arbeiten die Landärzte in den verschiedenen Abteilungen der Gebietsklinik. Ihre weitere Fachausbildung erhalten sie in entsprechenden Forschungsinstituten und Kliniken. Die Geburtshelferinnen und Gynäkologen nehmen an Fortbildungskursen teil, die von erfahrenen Fachärzten des Gebietskrankenhauses, von Hochschuldozenten und Mitarbeitern klinischer Institute geleitet werden.

In entlegenen Gebieten, zum Beispiel im Hohen Norden, stehen den Ärzten Sanitätsflugzeuge und -hubschrauber, Geländewagen, Amphibienfahrzeuge und Propellerschlitten zur Verfügung. Von Zeit zu Zeit erscheint an der Küste des ostsibirischen und des Beringmeeres, in der Tundra oder auf den Weiden bei der Kolyma-Mündung eine Gruppe von Ärzten, die Reihenuntersuchungen vornimmt, um chronische und Infektionskrankheiten sowie Parasiten festzustellen. Notfalls wird eine „fliegende Poliklinik“ angefordert, die mit allen erforderlichen Geräten ausgestattet ist.

(aus „Sowjetunion heute“, Nr. 2. vom 16. Januar 1969)

KAMAYER

Chloramphenicol

Fabrik pharm. Präparate
Karl Engelhard - Frankfurt a. M.
gegr. 1872



zur preisgünstigen
Verordnungsweise

SUPPOSITORIEN	100 mg
	250 mg
DRAGEES	250 mg
KAPSELN	250 mg
mit Vitamin-B-Komplex	
neu KAPSELN	500 mg
mit Vitamin-B-Komplex	
H-SALBE mit	
Corticosteroid	

FEUILLETON

Reisen, Rekorde, Räuber, Revolutionen, Reliquien, Rache und Rührung

Eindrücke während der XIX. Olympischen Spiele in Mexiko

Von Alfred Rottler

(Fortsetzung und Schluß)

Ein Stierkampf — Corrida de Toros — Bullfight

Auf den Plakaten nannten sie ihn den Olympischen; sie müssen das verantworten.

Ich hatte noch nie gesehen, wovon die Oper Carmen lebt, worin Millionen Südrömanen aufgehen, und für sie den Inbegriff dessen enthält, was man Schau nennt, heutzutage.

Wie man auch dazu stehen mag, man kann an dieser Erscheinung, an dieser geradezu volkseigenen Art, nicht vorbeischießen, und so entschloß ich mich, zuzuschauen.

Überall in Mexiko redet man davon auf Straßen und in den Bussen.

Wir würden dieses Schauspiel nicht Sport nennen, sondern mehr in den römischen Begriff „circences“ einordnen, wiewohl es nach strengen Regeln, hergebrachten Gesetzen, in vorgeschriebener Zeit abrollt und von den Akteuren Mut, Geschicklichkeit und lange Vorbereitung erfordert.

50 000 saßen mit mir in dem steilen, hochaufgebauten Amphitheater; sozusagen kein leerer Platz. Ein buntes Bild der farbenfroh gekleideten Zuschauer; kreisrund die oxenblutrot bemalten Schutzplanken, hinter die sich zwar die teilhabenden Menschen, nicht aber die Tiere retten können.

Nichts fängt in Mexiko pünktlich an, außer diesem Nationalereignis. Ein Präsident übergibt den Schlüssel zum Stall, in dem zwei Tage lang ohne Licht und Nahrung die Tiere gehalten worden waren.

Unter dem bedeutenden Getöse der Masse stürmt nun der hungrige, lechzende, lichtgeblendete Bulle ins Rund, stürzt und stampft und wird sofort der tücherschwenkenden Banderilleros ansichtig. Seine aufgestapelte Wut läßt ihn in wuchtigen Sätzen der Reihe nach auf diese angehenden dereinstigen Toreros zusausen, die behend ausweichen, immer wieder flüchten. Hat er dann seine ersten Kräfte verbraucht, picken ihm drei von jenen — und das stellt meiner Ansicht nach die beste artistische Leistung dar — sechs zugespitzte, widerhakige, armlange Spieße in den Nacken.

Danach, in bemessener Zeiteinteilung, tauchen zwei augenverbundene mit Polsterdecken ausgestattete Pferde samt ihren Reitern auf. Sobald der Stier sie annimmt, stoßen diese ihm ihre Lanzen in den Rücken. Er verliert neuerdings Blut. Manchmal allerdings erwischt er auch das „Schlachtroß“ so unglücklich, daß er ihm den Leib aufschlitzt.

Banderilleros und Hilfspersonal rennen dann ablenkend herzu. Ein Dreiergespann geschmückter Pferde schleift das verletzte Tier, dem die Eingeweide hervorquellen, hinaus.

Dann kommt für die Menge der erste Höhepunkt: sie läßt ihrer Freude freien Lauf und jubelt und schreit „olé, olé“, oder „ra, ra, ra, Mexiko“.

Gravitätisch tritt der Matador herein, in der Tracht altspanischer Granden, orangenem Anzug, über und über mit Gold betrieft. Stolz. Er grüßt. Dann läßt man

ihn allein in der Manege mit dem bereits stark angeschlagenen Stier. Diesen reizt die Muleta, in welcher der Degen verborgen. Gequält, aufgebracht jagt er hinter dem geschwenkten roten Tuch immer wieder vergeblich her, weil der Torero stets geschickt zur Seite weicht, hie und da sogar kniend; dann wieder tänzelt er um dessen Hörner herum. Je eleganter, je leichter die Bewegungen des Stierkämpfers aussehen, um so frenetischer belohnt ihn der Beifall der Zuschauer.

Nun naht der Moment, wo der Matador, den Bullen fest ins Auge fassend, den Degen erhebt und stracks auf ihn zuschreitet. Jetzt gibt es nach den Bestimmungen kein Zurück mehr.

Eben als das mächtige Tier den Kopf senkt zu seinerseitigem Angriff, da sticht der Geübte kaltblütig zu.

Der stattliche, stramme Stier steht einen Augenblick, zittert, schüttelt in sich, hebt müde den schweren Schädel und stürzt dann, sich streckend, hin.

Noch einmal zuckt es im massigen Körper; das Auge starrt wie klagend auf seinen Mörder.

Dieser, statt beschämt hinauszuschleichen, schwingt hoch seine Muleta, seinen Degen, und zieht dann wie ein Kriegsherr, der vom erfolgreichen Feldzug heimkehrt, triumphierend rings um die Arena, die beiden Ohren seines Opfers in Händen.

Der Taumel der Massen aber, die ihn feiern, kennt keine Grenzen. Hüte, Mützen, Sombreros, Tücher, Flaschenbeutel mit Trinkbarem, Geldstücke, 1 Damentasche, 1 Herrenjacke, fliegen in die Kampfbahn. Man gibt fast alles zurück, nur die rote Nelke hebt er selbst auf und küßt sie, sich nach der Werferin tief verneigend.

Neben mir meint Klaus, ein Oberbayer, sarkastisch: „Ein Metzger mit Manieren, dieser Matador.“

Wenn man auch in Betracht zieht, daß er sein Leben aufs Spiel setzt, was seine eigene Sache ist, wie die des Bergsteigers, des Raumfahrers und des Motorsportlers, so liegen doch alle Vorteile bei dem in Geschmeidigkeit und Gelenkigkeit Trainierten.

Sobald Gefahr im Verzuge, springt ihm sein Team bei. Das Tier dagegen gilt zuletzt als hilfloses Spielzeug. Von einer ganz anderen Seite gesehen: „Ein Tier wird der Volksseele dargebracht, wo man früher begelsterte Menschen und Gefangene den Göttern geopfert hat, fast an derselben Stätte.“

Mehr als einen Toten jährlich gibt es dabei — beispielsweise in Spanien — im Durchschnitt nicht, dagegen Brüche aller Knochen, auch des Schädels. Ein Ohr eines Matadors hat auch schon einmal ein Stier gewonnen. Was in der Arena trotzdem alles passieren kann, erhärtet sich aus der Tatsache, daß es an allen Orten mit Stierkämpfen Spezialärzte gibt — ob in Madrid oder in Mexiko —, ja, daß sogar im Stadion Operationsräume und Unfallstationen eingerichtet sind, um nach sofortiger Diagnose die Blutstillung und Wundtoilette zu garantieren.

Nach 10 Minuten liegt der Verletzte auf dem Operationstisch.

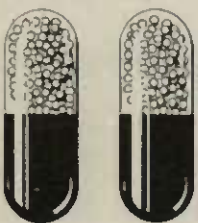
Venostasin retard

stärker

länger

gleichmäßiger

Ihr Patient spürt den Unterschied deutlich!



Mit einer Venostasin »retard« am Morgen,
einer am Abend sind seine Venen tonisiert,
seine Kapillaren geschützt.

Packungen zu 20 und 50 Retardkapseln



München 23

Stierhornwunden enthalten alle möglichen Keime, Kleiderfetzen, Hornsplitter und Holzspieße.

Am Platz der Stiere hier in Mexiko hat die Vereinigung der Toreros eine kleine Klinik, exklusiv für ihre Mitglieder, gebaut. Dort arbeitet eine Arztfamilie schon in der dritten Generation.

Etwa 100 Stierkämpfer, manchmal mehrmals, werden dort behandelt; zwei davon stationär. 90% sind an Oberschenkeln, 5% am Bein, 5% abdominal, thorakal- und skrotal- oder gesichtsverletzt.

Lassen Sie mich einen der feinsten Ausflüge schildern, den uns mexikanisch-deutsche Freunde bereiteten. Soviel Licht, soviel Erleben, soviel Farbe und Freude! Sie wohnen im Pedregal, dieser Musterkollektion für alle Architekten der Welt, die eigens für den jeweiligen Besitzer zugeschnittene Villen bauen wollen. Es liegt auf dem Vulkangestein des erloschenen Xitle, wie das olympische Dorf, die Universität und die großen Stadien.

Wir erschauten Mexiko in Marmor und in Mixbeton. Einen Sack Zement und eine Maurerkelle mitzunehmen, rieten mir meine Freunde, weil in Zeitungen zu lesen war, die Zweckbauten für die Olympischen Spiele wären nicht fertig geworden. Ein großer Irrtum.

Gewiß wurde Improvisation bis zur Vollendung geübt. Aber großartige, schöne, praktische Hallen und Sportstätten haben die Mexikaner aus dem kahlen Boden gestampft, so daß Nachfolgende Mühe haben werden, es ihnen gleichzutun.

Voran die Ruderregatta. Sie befindet sich draußen in Xochimilco, wo die bunten, schwimmenden Gärten als Ausflugsziel die Stadtbewohner und alle Touristen anlocken. Reste eines Marktes der Azteken, die den Handel und Wandel auf dem Wasser abwickeln mußten, stellen die blumengirlandengeschmückten Boote, eine prächtige Gartenlandschaft, vor.

Eine hinreißend schöne Fahrt sollen wir heute erleben! Wir müssen über den bloßen barhäuptigen Berg, den uns der Blick von Mexiko vor Augen führt. Er hebt uns auf über 3000 m, also höher als unsere Zugspitze. Während der Auffahrt trägt uns die Straße durch die übliche Landschaft, steinig, felsig, von Feldern unterbrochen, mit Agavenzäunen eingefast, Kakteen und zeitweise Steppengräser. Das ändert sich sogleich, wenn wir die Höhe überschritten haben. Heimat, denke ich, und unser Gastgeber spricht es aus, „die Desertos (Wüste) de los Leones“, nennen wir den Schwarzwald. Er gehört fast ausnahmslos einem Deutschen, einem berühmten Brauer.

Ähnlich wie bei uns hat man Halte-Raststätten eingerichtet, mit Ziegelherden zum Abkochen. Wir beobachteten jedoch eine Gruppe wandernder Indios, die kochten auf offenem Feuer neben dem Ofen ab.

Wir allerdings kehren in der Nähe in einem Gasthof im Ranchostil ein. Ich will gar nicht anfangen zu schildern.

Ich zähle nur auf: eigene Forellenzuchtanlage in der Schlucht; paradiesisch wirkt der Eingangshof mit Basisin, an dem Königsreier stolzieren, Flamingos und andere exotische Tiere, beinahe frei herumlaufen, das ganze Spektrum des Sonnenlichts umfassende Papageien fängt unser Auge ein. Ich muß unwillkürlich an einen Artgenossen denken, den man unserem in Mexiko geachteten Alexander von Humboldt schenkte. Er sprach Fetzen eines Indianeridioms, die seinerzeit kaum einer deuten konnte.

Ehe wir gehen, wird uns noch eine Charrcada, ein Reiterfestspiel, beschert. Man kann nur staunen und an Texas denken, wenn man diese Halsbrecherischen Kunststücke auf dem Rücken der Pferde, diese unvorstellbare Fertigkeit des edlen Reitsports betrachten darf. Danach begeben wir uns zum eigentlichen Ziel unserer Tagestour, nach Calixtlahuaca in der Nähe von Toluca, dessen Markt wohl millionenfach geknipst und beschrieben worden sein mag. Einfach alles kannst Du dort erstehen, erhandeln, erwerben, einschließlich der Gerüche an den Fleisch- und Lebensmittelständen, notfalls auch ein paar Flöhe von den Indios, die auf weiten Tagesmärschen hierherkommen, um ihre Waren an den Mann zu bringen. Wenn Du diese Vielfältigkeit, diesen Trubel, dieses Treiben einfangen willst, ein bißchen vorsichtig mußt Du sein, denn nicht alle lassen sich gerne fotografieren.

Ganz fortschrittlich, modern, sauber, wohlgeordnet und gut situiert, wirkt dagegen das ganze aufstrebende Industriestädtchen.

Die nahe dabel, aber doch abseits gelegene Rundpyramide, in einer entzückenden, klaren weitläufigen Landschaft, halb Heide, halb Voralpeneindruck, in einer Helle der Luft, wie man sie zu Hause kaum kennt, repräsentiert als einzige diese Manier.

Indem wir so besichtigend umherstreiften und die Totenkeller und die Tempeleingänge suchten, näherte sich uns der uralte Einheimische, der dort gesessen hatte und dem man zugetraut hätte, daß er schon beim Bau zugegen war, vorsichtig und unterwürfig. Er küßte uns die Hand, als wir ihm ein Almosen gegeben hatten, dann zückte er aber würdevoll Eintrittskarten aus dem Jahr 1963 und verlangte den üblichen Obulus.

Das deutsch-mexikanische Ehepaar, unsere Gastgeber, Reiseführer, Chauffeure in Personaleinheit, drängten uns in einer rührenden Aufmerksamkeit, wir sollten jetzt noch mit ihnen nach Guarnavaca (= Kuhlörnchen) und Acapulco fahren. „Ach was“, meinten sie, „diese drei- bis vierhundert Kilometer machen uns mit dem großen Wagen gar nichts aus.“ Verkehr an Wochentagen geht an. Wir mußten ganz entschieden diesem überaus freundlichen Angebot abwinken. Wir hätten lieber noch die Kirche in Tepotzatlán angesehen. In Guarnavaca mit der Provinzresidenz des Cortez, der subtropischen Zuflucht aller erfolgreichen Mexikaner,

Tonsilgon®

Basistherapie
bei lymphathischen Reaktionen
(Tonsillitiden, Pharyngitiden, chronischem Racheninfekt)

**BIONORICA KG
NÜRNBERG**

wegen des günstigen Klimas, waren wir schon gewesen. Der erboste Regengott Tlaloc hatte uns zwar die Aussicht auf die „kleinen Dolomiten“ von „Tres Marias“ aus mit Wasserströmen verwaschen — Mexiko hatte eben gegen Frankreich 1:4 im Fußball verloren — mit Blitz und Donnerdrohungen. „Dann müssen wir die Fahrt erst recht machen, denn der Landstrich ist sehenswert, und auf dem Rückweg von Acapulco, in der Nacht kann Ihnen auch heute noch Raubwild, so ein Leopard, flüchtend, begegnen. Die in der Dunkelheit von Scheinwerfern getroffenen Augen mit den weitgeöffneten Pupillen glimmen dann gefährlich in einem grünlich phosphoreszierenden Licht.“

Als wir dann endlich doch den Weg nach der berühmten Jesuitenkirche einschlugen, kannten die, beinahe von mexikanischem Nationalstolz erhobenen, Stuttgarter nur ein Thema, Acapulco, das heißt Ort, wo Schilf wächst.

„Wie schade, daß Sie es nicht sehen können! Das war jüngst noch ein bescheidenes Fischereidorf, wie tausend andere, nur Hafenbefestigungen haben die Spanier dort eingebaut in die Felsklippen, von wo herab heute die Todesspringer bis über vierzig Meter ins Meer stechen.“

Der 1769 geborene Humboldt hat es eigentlich entdeckt. Jetzt gibt es dort mehr Hotels als Wohnhäuser, wo die Reichen, die Snobs, sich treffen.

„Mondäner, moderner Mix aus Mexiko, Mittelmeerküste, Mädchenkörpern und Millionären, ein Mordsbabel“, so schaltet sich der Kollege aus Garmisch ein. „Ja, und noch niemand, der in Acapulco war, hat verzichtet auf den Anblick oder wenigstens auf ein gekauftes Foto vom Sonnenuntergang über der wunderschönen, anziehenden Tropenlandschaft, wenn das Himmelsgestirn wie ein orangeglühender Tennisball im Meer sleet.“

Inzwischen waren wir angelangt in Tepotzatlán. Wir bekamen zuerst, beim eindrucksvollen Bild der Front, berichtet, daß das allseits gebrauchte Wort für diesen speziellen Barockstil „churrigueresk“ falsch sein muß, weil dieser Bauherr CHURRIGUERA nie aus Spanien herausgekommen war und dieser Stil ganz allein von Mexiko entwickelt worden ist. Noch wesentlich eindrucksvoller als die Fassade blendet Dich die Fülle der Formen, die alle vergoldet vom Widerschein des Lichtes leuchten. Die Sonne allerdings dringt nicht direkt, wie durch Glas in den Raum, sondern sickert durch dünn geschliffene Alabasterscheiben. Wie viele goldene Kunstwerke mögen wohl eingeschmolzen worden sein für das Blattgold der Madonnen, Streben, Säulen und Schnörkel der Blumen und Verzierungen?

Die Jesuiten haben diese Kloster-Kirchenanlage zwar gegründet, aber Indianerhände und Indioherzen haben die Arbeit ausgeführt. Man merkt es allenthalben.

Der Heimweg macht uns gedankenvoll still, ob dieses heutigen Geschenktages. Gott muß heute die Hände in den Schoß zu einem Fest gelegt und mit besonderer Freundlichkeit auf uns gesehen haben. Welcher Gott war es wohl, der gräßliche der Inquisitoren, der rächende Jehovas, der dräuende Wotan, heute wohl der Sonnengott!

Jetzt eben steigt er glühend hinab, jetzt hat er der Herzen nötig, der Kraftnahrung für seine beschwerliche Nachtreise. Indem ich das denke, sagt der Mexikodeutsche, als wenn er es erraten hätte: „Dort diese triste burgähnliche Villa hat TROTZKI beherbergt, wie er ermordet worden ist.“

Dann bringt er uns nach der Plaza de los Tres Culturas, wo wir, im Mondlicht gespenstisch angeschieden, die Ausgrabungsmauern der aztekischen Stadt, die schöne Kathedrale der Spanier und die geradezu glatten Zweckbauten der Neuzeit sehen. Still und ruhig, friedlich als wäre es unmöglich gewesen, daß hier vor ein paar Tagen tödlicher Aufruhr geherrscht hätte.

Die XIX. Olympiade

Das „fait accompli“ traf uns wie ein Schlag: Das Olympische Komitee hatte Mexiko als Austragungsort erkoren.

Von vorneherein haben wir Ärzte ausnahmslos dagegengestanden, ungehört. Nachher haben wir versucht, das Bestmögliche aus dieser verdamnten Misere für die Sportler herauszuholen, um die es uns ging.

Denn wo und wer kann von gleichen Bedingungen aller in solch einer Hochgebirgslage ehrlich reden.

Auch ohne diese erschwerenden Fakten muß klar herausgeschält werden, daß die Ansprüche und Beanspruchungen, die heute an den Spitzensportler gestellt werden an die oberste Grenze seiner Fähigkeiten heranrücken oder sie einstellen.

Damit entsteht ein physisches, physiologisches, ein medizinisches Problem, neben dem psychologischen.

Es gibt nun eine ganze Reihe von Ärzten, meist selbst früher befähigte und begelsterte Sportler, die sich mit diesen Dingen in Forschung und Praxis seit Jahren befassen, besonders wir in Deutschland.

Wir sind führend in der Welt, zahlenmäßig und qualitativ. Alle anderen profitieren von unseren Kenntnissen und setzen sie planmäßig beim Training und bei der Behandlung ihrer Sportler ein; leider am wenigsten die Bundesrepublik selbst. Die Gründe liegen in einer Hierarchie von Funktionären mit dem Beharrungsvermögen der Alteingesessenen, dazu stößt eine gewisse Abneigung der Sportler, die sich so gesund fühlen, und zum dritten, wieder am fehlenden Zutun von seiten der Regierung, die sich am meisten das Gesundsein und die Gesunderhaltung angelegen lassen sollte.

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Pepsaldra compositum

Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem

Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees



Fabrik
pharm. Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.
gegr. 1872

Phonokardiographie-Kurs für Fortgeschrittene*)

2. und 3. Mai 1969, Beginn jeweils 9.00 Uhr,
München, Stiftsklinik Augustinum.
Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon 08 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

*) Kurs für Teilnehmer früherer Kurse.

Selbstverständlich bestehen auch organisatorische Fehler bei uns Sportärzten. Auch wir unterliegen der Politik einerseits, dem Ehrgeiz unserer Vertreter andererseits.

Beispielsweise wurden beim diesmaligen Kongreß der Weltsportärzte-Organisation die letzten Westdeutschen — obwohl stärkster Verband — aus den führenden Gremien abgewählt.

Präsident wurde La CABA, Rom, der mich beim Gratulieren heftig umarmte, mich laut und überstürmisch „mio amico, mio amico“ nannte. Wir kennen uns nahezu 20 Jahre, seit ich ihn damals durch einen gefährlichen Lawinenweg am Miramonti in Südtirol fuhr. „Schlawinen“, sagte er damals, als er noch gewichtiger und lustiger war.

Die Welt wandelt sich; die Sportmedizin wird nicht entsprechend aufgewertet bei uns.

Der Kongreß fand statt im Centro Medico.

Das ist eine Einrichtung der mexikanischen Ortskrankenkasse, eine Leitstelle für Ärzte zur Ausbildung und Wiederauffrischung ihrer Kenntnisse, Heranziehung und Vervollkommnung der Arzthelfer jeder Disziplin. Versuche mit therapeutischen Verfahren werden ebenso angestellt wie Behandlung in den 5000 Betten. Er stellt einen imponierenden und gefälligen Komplex von Gebäuden dar, wobei auch die bildenden Künste nicht zu kurz gekommen sind.

Die festliche Eröffnung des Sportärztekongresses war eine außergewöhnliche und unvergeßliche Veranstaltung. Erstmals — zu jeder Olympiade findet er statt — wurde er eröffnet durch den Präsidenten der Republik, durch Gustavo DIAZ-ORDAZ. Er wußte in gesetzten Worten, beschlagen in der Materie, dem Zusammentreffen der Sportmediziner aller Welt einen seltenen Glanz aufzusetzen.

Wenn wir, selbst stark angeschlagen von der Hitze und der Höhenlage, vom Olympiastadion hinüberschauen, so breitet sich vor uns das Universitätsgelände aus. Ich möchte es als das schönste der Welt, das bedeutendste, wohl auch das umfangreichste bezeichnen.

So großzügig alles geplant sein mag, es soll heute schon wieder zu eng für die gewaltige Studentenzahl sein, von denen aber laut Erfahrung nur ein Zehntel das Ziel eines Abschlusses erreicht.

So berühmte Ärzte, wie Chavez, haben jungen talentierten Meistern der Baukunst den Weg gezeigt oder freigemacht zu hervorragenden Lösungen und gültigen Arbeiten bei allen großen Hochschulprojekten.

Der Staat hat dazu in unvergleichlicher Weise beim Klinik- und Universitätsbau Mittel flüssig gemacht, ohne die Kunst der Architektonik zu vergessen, so daß sie Vorbilder sein können. Teilweise umwerfend modern und zweckmäßig, mit gewagten Mosaiken, Fresken und Halbreiefs zieren die heutigen Künstler die Wolkkratzer bis zum Dachrand die Wände, wie einst die Azteken und Mayas ihre schlichten Hütten bemalten und schmückten.

Weniger Bewunderung konnten wir den sogenannten olympischen Monumenten, diesen Klötzen und unbeholfenen Kolossen entgegenbringen, die einzelne Staaten gewissermaßen als Geschenk dem Gastland darreichten und die uns auf dem Weg ins Olympische Dorf erschreckten.

Die bewährte Dr. Inge BAUSENWEIN, unsere tüchtigste Sportärztin, die mir noch vor Professor REINDELL und Professor NÖCKER als erste über den Weg lief, hob im Gespräch hervor, daß sie doppelt so viele Sportlerinnen wie vor vier Jahren betreute, und daß sie schon viel Arbeit zu leisten hatte. 1912 traten aus der ganzen Welt 57 Frauen an; soviel starten heute von uns.

Dabei war nur etwa die Hälfte vorgesehen. Dementsprechend wirkt sich nun eine beängstigende Quartiernot peinlich aus. Da besonders die Frauen, denen man neuerdings in einem Paß ihre Weiblichkeit bescheinigt, Wert auf nette Einrichtung und stimmungsvolle Atmosphäre legen, kann ich mir gut vorstellen, was sie alles geleistet hat.

Der oben angedeutete Punkt fand die neueste einwandfreie Lösung, einen ganz dezenten Sextest, durch Untersuchung der Wangenschleimhaut. Bitte nicht lästern, das ist wirklich wissenschaftlich!

Auch die immer wieder auftauchende Frage nach dem Problem des Vierwochenzyklus haben wir besprochen. Sehr schwierig! Teilweise war manches falsch gemacht oder übersehen worden, woran jetzt kurz vor dem Start nichts geändert werden konnte.

Drei andere medizinische Schwierigkeiten tauchen stets erneut auf bzw. traten hier besonders hervor. Erstens, die Anpassung an die Höhe, worüber viel geschrieben worden ist. Gottvater Zeus auf seinem majestätischen Sitz hätte keine Brille gebraucht, vom hohen Olymp mit 2911 m, um zu sehen, daß beim 100-m-Endlauf nur Schwarze um die Medaille kämpften.

Dabei hat sich erwiesen, daß die Herztätigkeit und das Kreislaufverhalten gut eingelaufen sind, daß aber zahlreiche, wenn auch meist leichtere Muskelverletzungen auftraten, vielleicht wegen des sehr harten Bodens, oder wegen des starken Windes, infolge Abkühlung, allenfalls auch durch die geringere Sauerstoffdurchblutung. Zum zweiten die Angleichung an das Klima mit den erheblichen Temperaturdifferenzen zwischen Tag und Nacht, die der Körper mit Erkältung beantwortet und drittens nicht zuletzt die schon erwähnte Anpassung an den Rhythmus von Wachen und Schlafen.

Später faßte Frau Dr. Bausenwein zusammen: Verletzung, Infektionskrankheiten und Durchfallerkrankungen beeinträchtigten die Resultate der Weitspringerinnen und der Schwimmerinnen der 4×100-m-Kraulstaffel. Durch eine Muskelverletzung kam Heide Rosendahl bedauerlicherweise um ihre berechtigten Siegeschancen im Fünfkampf. Ute Fromater war durch

eine Infektion leider nicht in der Lage, am Endlauf im 200-m-Brust-Schwimmen teilzunehmen.

Dagegen übertrafen einige Sportlerinnen die in sie gesetzten Erwartungen bei weitem; allen voran Ingrid Becker im Fünfkampf. Manon Bornholdt errang in dieser Disziplin einen nicht eingerechneten 5. Platz. Helga Henning überbot dreimal den deutschen Rekord im 400-m-Lauf, ohne dabei über Gebühr nach Luft zu ringen. Jutta Stöck stellte einen neuen deutschen Rekord über 200 m auf, und Liesl Westermann holte die Silbermedaille im Diskuswurf. Mit einer ausgezeichneten kämpferischen Leistung errangen die deutschen Schwimmerinnen in der 4×100-m-Lagenstaffel die Bronzemedaille.

Nach 16 Jahren beteiligten sich wieder zum erstenmal deutsche Turnerinnen an olympischen Wettkämpfen und erreichten den 9. Platz. Im Fechten trennte Heidi Schmid in der Hoffnungsrunde nur ein Treffer vom Finale; die deutsche Damenmannschaft erkämpfte sich den 5. Platz.

Annemarie Zimmermann und Roswitha Esser gewannen mit noch nie dagewesenem Vorsprung die Goldmedaille im Zweier-Kajak, ohne am Ziel Zeichen einer merklichen Erschöpfung zu zeigen. Groß war die Freude über die Silbermedaille von Renate Breuer im Einer-Kajak. Auch sie benötigte trotz einer Dauerleistung von über zwei Minuten keine Sauerstoffmaske. Im Reiten in der Mannschaftswertung der großen Dressurprüfung gab es neben den Herren Neckermann und Klimke auch für Frau Linsenhoff Gold.

Wir sprechen den Fall eines unserer besten Hockeyspieler, Norbert Schuler, durch, dessen Muskelfaserverletzung ich in Nürnberg voll auskuriert hatte.

Hier unter den anderen Verhältnissen der Höhenlage, der veränderten Feuchtigkeit und des niedrigen Luftdrucks, des geringeren Sauerstoffzuflusses quillt der angeschlagene Muskel am Unterschenkel und macht ihm schwer zu schaffen.

Der physische Zusammenbruch oder Kollaps, der dann erfolgt, wenn die Selbstdisziplin, die unnachgiebige Härte des eigenen Befehls stärker ist als die Körperkräfte, wurden bei dieser Höhenolympiade mehr beobachtet als sonst.

Wir haben uns bei der Ruderregatta umgesehen. Erbitterte Kämpfe liefern sich die, meiner Meinung nach, härtest beanspruchten Sportler aller Nationen.

2000 m in dieser kräfteraubenden sauerstoffarmen Luft. Das heißt unglaubliche Anspannung, unerhörte Energie, Belastung des Organismus und des Willens bis aufs äußerste, im unabweichlichen, unerblittlichen Rhythmus mit den Kameraden zu bleiben.

Wir beobachteten an diesem schwülen Tag in vielen Booten einen oder zwei, die zusammenbrachen, vor oder hinter der Ziellinie, an Spannungskollaps. Dort fährt zum Beispiel der dänische Vierer mit drei Mann weiter. Aber auch alle anderen sind überaus erschöpft. Ganze Mannschaften röcheln unterm Sauerstoffzelt.

Meist kam bald darauf das ärztliche Bulletin am Lautsprecher, der Russe, der Tscheche Sowieso habe wieder normale elektrisch gemessene Herzfunktion. Man denkt unwillkürlich an Doping.

Dr. WÜLFING, Chef unserer Ruderer, stöhnte angesichts der teils sehr unterschiedlichen Leistungen seiner Leute. Der ganze Ruderachter kam viel zu spät zur Siegerehrung, weil alle — mit Ausnahme des Ersatzmannes — unterm Sauerstoffzelt nach Luft schnappten. „Da bringen's diese Doktores nicht fertig, den Kreislauf in Ordnung zu halten.“

„Sie müssen Sportärzte mitnehmen, keine weltfremden sportmedizinischen Wissenschaftler.“

Mexikodeutsche meinen angesichts des schlechten Abschneidens der Bundesrepublik bisher: „Einfach beschämend.“

Wir suchten Ursachen für solches Versagen.

1. Nach wie vor wird bei uns der Sport vom Staate zu wenig unterstützt im Gegensatz zu fast allen anderen Nationen.
2. Der seit Jahren bei uns geltende Wohlstand führt leicht dazu, die persönlichen Opfer und Entbehrungen des Sportlers zu verkleinern, damit lassen automatisch die Leistungen nach, während diese bei ärmeren, natürlicher lebenden Völkern ansteigen. Siehe den Medaillensegen selbst bei Entwicklungsländern.

Sport gilt nämlich schon lange nicht mehr als privates Steckenpferd und nicht mehr als herrlichste Nebensache der Welt. Er ist alles andere als Ausgleich von des Alltags Mühe und Abnützung, sondern eine weltweite Wichtigkeit geworden mit inner- und außerpolitischer Tragweite. Er wurde zum kommerziellen Milliardenunternehmen. Er bietet sich dar als ein Symbol, wie einst die Fahne des Herrschers. Er bestimmt den Standort ganzer Völker wie früher Standarten des Führers in der Schlacht, die entscheidet zwischen Vernichtung und Tod oder Sieg und Aufstieg eines Volkes zum Platz an der Spitze.

3. Die bedeutenden Erkenntnisse unserer Sportmedizin werden zur Zeit ungenügend umgemünzt.
4. Überheblichkeit. Wir Deutschen sind, jeder einzelne, von uns und unserer Güte, von unserem Recht, so sehr überzeugt, daß wir den anderen gern für einen Wicht, für einen Nichtsnutz halten. Diese Überbe-

Wenn's Geld nicht reicht, kommt er zu uns

(Ende 1968 waren es 3,2 Millionen Kunden, denen wir mit Krediten bis zu 5000,- DM helfen konnten.)

Das ist für ihn und uns selbstverständlich. Wer einmal mehr Geld braucht, als ihm gerade zur Verfügung steht, nimmt bei uns einen Kredit auf, zum Beispiel beim Autokauf, bei der Anschaffung von Möbeln oder anderen hochwertigen Gütern. Unsere Klein-, Dispositionskredite oder Anschaffungsderlehen sind einfacher und billiger zu haben, als Sie vielleicht denken. Also — auch wenn Sie einmal Geld brauchen, sind wir für Sie da! Fragen Sie uns, das erleichtert die Sache.



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

23. bis 28. Juni 1969

Seminar in „präventiver Kardiologie“

Klinik Höhenried, Bernried (Starnberger See)

Chefarzt: Professor Dr. med. M. J. Halhuber

Teilnehmer: 25

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstr. 85, Tel. 08 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

wertung unserer selbst führt zu einer wenig geschätzten Überheblichkeit; sie scheint doch auch einigen unserer Athleten anzuhaften. In dieser Sparte hätten wir leicht ein paar Medaillen mehr erworben.

Wie traurig und grauenhaft die Gegebenheiten sich darbieten, aber nach jedem Krieg nimmt die medizinische Wissenschaft mit neuen Erkenntnissen einen unerhörten Aufschwung, gewinnt besonders die Chirurgie.

Nach den von allen Ärzten argwöhnisch beobachteten Anforderungen und festgestellten Überforderungen dieser Höhenolympiade, profitiert die gesamte, vor allem aber die Innere Medizin. Carl-Diem-Preisträger Dr. Josef KEUL aus der Freiburger Sportmedizinische bezeichnet die Erfahrungen in Mexiko:

„Die Kollapse — hier — sind im Grunde genommen eine harmlose Sache... Die bei der Untersuchung von Athleten in Mexiko City getroffenen Feststellungen werden die medizinische Behandlung von Höhenproblemen wesentlich beeinflussen und schon bald in den Kliniken in die Praxis umgesetzt werden...“

Mitglieder von achtzehn Mannschaften (Ghana, Äthiopien, Kenia, Chile, Honduras, Indien, Griechenland, Schweiz, Österreich und Thailand) haben sich in Behandlung bundesdeutscher Ärzte begeben.

Man konnte von einigen unserer Medaillengewinner hören, als sie befragt wurden, was für Gefühle sie beherrscht hätten, als sie das Treppchen bestiegen.

Manch einer bekannte, daß er nur an sich, an seine Leistung, seine Opfer, seine Erfüllung, an sein Glück gedacht habe. Die logische Folgerung, daß demnach nur die persönliche Ehrung gelten solle und keine Kollektiv- und Nationenbewertung, bejahte der und jener. Nachdem sich darunter auch Männer von ausgesprochenen Gemeinschaften, wie der Einheit des Achters, befanden, möchte ich mir erlauben, meine Kritik niederzulegen.

Solange der so denkende betreffende Sportler nicht seine Einzelmeldung zur Olympiade und seine ganz auf sich gestellte Vorbereitung zu tragen imstande ist, solange andere für ihn direkt oder durch Steuern bezahlen — jeder kostete in Mexiko DM 7000.— und sein Wettkampfweg bis dahin wohl das Zehnfache —, solange sind die Kämpfer für jene auch gestartet, denen sie es verdanken.

Fehlt hier nicht ein bißchen der unmoderne Begriff der Treue völlig?

Hieran schließt sich auch sogleich die psychologische Betrachtung, daß es anscheinend doch sehr an der gemeinschaftlichen Einstellung und an der Bereitschaft zu teilen, fehlen muß, ein Manko, das den erfolgreichen Ostblockländern und den beinahe zusammengeschworrenen Schwarzen nicht anhaftete.

Gerade das Kollektiv — wir wissen es doch — bedeutet einen gewaltigen Halt unseres Rückgrates in vielen Lebenslagen und hat doch schon unwahrscheinliche Leistungen zuwege gebracht, ersehnte und unerwünschte.

Soll ich Beispiele aus Kampf, Politik, Teams in Sport und Wissenschaft und den Wirtschaftskonzernen bringen, Forschungsgemeinschaften? Für ihn, den kommenden Olympioniken und seine Gesundheit, reisten aufwendig vorher schon Sportärzte nach Mexiko, hielten internationale kostspielige Symposien ab, um ihre Erfahrungen auszutauschen, ob er die Höhenlage vertragen werde, ob er seine Leistungen dort werde gleichhalten können, ob seine Anstrengung für ihn gefährlich sein könnte, wie und wie lange er sich akklimatisieren und adaptieren müsse.

Als übertrieben hat man die Befürchtung erklärt, die in der Höhenlage erlittenen Zusammenbrüche und Erschöpfungszustände würden Dauerschäden hinterlassen. Journalisten prägten Schlagzeilen, wie: „Der Tod läuft mit“, und Koryphäen sahen voraus: Die Olympischen Spiele in Mexiko sind unfair, weil nicht der Beste, sondern der Bestangeplichene siegen werde.

So brachte auch der Verlauf liebe Überraschungen und herbe Enttäuschungen.

Kürzere Laufdisziplinen und Schnellkraftübungen zeigten durch den geringeren Luftwiderstand, mit Rückenwind, und kraft der Kunststoffbahn Rekorde — unvorstellbar — und am laufenden Band. Ihr unglaublichster: die 8,90 m im Weitsprung.

Ein früherer Deutscher Meister, der seine Habilitation über Sportpsychologie erworben hat, legte mir dar, wie wesentlich das Training des Körpers und der unfassbaren seelischen Bereiche wäre, wie unbedingt die menschliche, psychosomatische, also der leib-seelische Verband zusammengehören, und daß oft die vorbereiteten Muskeln nicht mögen, weil die übergeordneten geistig seelischen Kräfte versagen, oder falsche Befehle ausgeben, z. B. durch Arroganz.

Seiner Meinung nach muß also die oft geforderte und teils schon geübte Betreuung von Sportlern durch eigene Sportpsychologen erfolgen.

Befragt, wie weit seine Wissenschaft meßbar untermauert sei, antwortete er ehrlich:

„Alles erfolgt nach Maximen des Aberglaubens, der Einbildung, unbewiesenen Erfahrungsgrundsätzen und nach dem Fingerspitzengefühl...“

Was soll die Öffentlichkeit davon halten, wenn der Olympia-Inspekteur, der an sich selbst höchste Maßstäbe anlegt, bemängelt, daß fast neun Zehntel unserer Versager, also jene, von denen wir höhere Erfolge erwarten konnten, ihr Formtief selbst verschuldet hätten, ihre Erkrankungen selbst heraufbeschworen und für ihre Verletzungen selbst verantwortlich waren, weil sie Anordnungen der Mannschaftsleitung, der Mediziner und der Disziplin gröblich entgegengewirkt oder sie fahrlässig unbeachtet gelassen hätten.

Nach Tokio wurde nicht nur aus Sportkreisen, sondern von vielen deutschen, sogar von Regierungsstellen, der überstarke Ruf laut nach Konzentration, Zentralisation, größerer Unterstützung der Sportler und ihrer Organisation.

Erhebliche Mittel wurden zugesagt und in Pläne, Budgets, vor allem in Wahlkampfprogramme aufgenommen. Geschehen ist manches, aber zu wenig, zu zersplittert, zu spät.

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg (1,2 ‰),
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg (0,1 ‰),
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon. pro Dragee (Saft)

NERVO · OPT - Saft

NERVO · OPT - Dragees

OP zu 200 ccm

OP zu 50 Dragees

beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU



Die anderen Staaten enteilen uns mit dem Fortschritt und den Trophäen.

Heute, nach Mexiko, argwöhnen wir alten Routiniers das gleiche.

Man spricht wieder von mehr Unterstützung — die noch nicht genehmigt worden war —, man wird wieder Wählerstimmen mit solchen Parolen in die Partein fangen wollen, man schreibt von Talentsuche, als ob nicht jedem Erfahrenen bewußt wäre, daß ein Talent kaum in drei Jahren aufgebaut zum fertigen Sieger werden kann.

Zu viele Hände wühlen wieder im Teig, um sich ein paar Rosinen an Popularität und Posten herauszugreifen, als daß dann ein guter Kuchen für die Allgemeinheit zustande kommen könnte.

Rausch-Riten durch Pilzdrogen

Der christliche Zauberpriester oder die weiße Frau, die Chiné, weiht in einer christlichen Kirche über entzündeten Kerzen „die heiligen Pilze der Macht“ und gibt sie in die Hände der andächtig Zuschauenden. Dabei werden die Hüter der heldnischen Indianer anrufen.

Wenn nicht hier, so findet nach streng geheimgehaltenen Eingeborenenriten dieser Zauberkult vor einem alten Götzenstein, vor dem „Pasqual abaj“, statt.

Zu Jesus und seinen Heiligen wird gebetet, beizustehen, daß die Zeremonie günstig gelingt, bei der man ein anderer Mensch würde.

Halluzinationen, herrliche Visionen, würden einen umgaukeln, der Körper allerdings verfele in völlige Schwäche. Nach tiefem Halbschlaf verflögen Depressionen und Schmerz und machten einer Euphorie Platz. Wie durch alle Phantastika wird beim L. S. D. (Lysergsäure Derivat) oder beim Ololiqui oder Mescaline aus dem Peyotlkaktus, auch durch die Pilzdrogen Psilocybin — Teonanacatl —, das Bewußtsein verändert, eingeschränkt, aber nicht verwirrt im Gegensatz zu den Giften der Nachtschattengewächse. Ich nenne nur Bilsenkraut, Stechapfel, Tollkirsche.

Während also Körperfunktionen narkosehaft, traumähnlich herabgesetzt werden, steigert sich die Empfindlichkeit von Aufnahmefähigkeit der visuellen Welt erheblich, illusionär. Nahezu aufgehoben erscheinen physische Sensationen und das Zeitgefühl. Unzweifelhaft handelt es sich um eine Vergiftung, die nicht immer gutartig verläuft, jedenfalls psychosomatisch angreift, einen Verlust einbringt der Persönlichkeit und diese schizophrene spaltet.

Wenn die bläulichen Schleier der Schale mit Copalharz wehrauchartig entsteigen, beginnt — fast unglaublich — eine christlich übertünchte Walpurgissszene. Die Welt, eben noch nüchtern und schal, verwandeln phan-

tasierende Sinne in eine auserlesene Harmonie, in eine Glückseligkeit.

Man nimmt an, die Opferpriester hätten es damals verabreicht.

Der kärgliche schwarze Raum wird zum Palast, zur buntbebilderten Bühne; vielfarbige Lichter, Linien, Punkte sprühen wie ein Feuerspeier, wie eine illuminierte Festwiese. Violette Scheiben, goldene, rote, grüne, blaue Wasserfälle, ein feuriger Schwall, fluten, stürzen, gießen wie Brunnen oder Fontänen, wie Sternschnuppenschwärme oder wie die fallenden Schleier einer orientalischen Tänzerin aus Tausendundeinernacht.

Vergleichen könnte man diesen elysischen Zustand mit einem wunderbaren Farbfernsehen eines Feuerwerks, weil nämlich die nächsten Dinge, Hände, Matten, der Tilmati, d. h. die Decke, ganz normal aussehen.

Wer heute als Arzt die lateinamerikanischen Länder bereist, wird unbedingt mit der Tuberkulose konfrontiert. Nach der Entdeckung und Erforschung der süd- und mittelamerikanischen Staaten ließ sich eine Zunahme, exquisit der chronischen und der überaus toxischen Tbc nicht übersehen. Sie schob sich bis auf den heutigen Tag als Tropenseuche auf den ersten Rang vor und stellt als aktuelles praktisches Problem die Staaten und ihre für Gesundheit Verantwortlichen vor größte Schwierigkeiten.

Caracas in Venezuela, Merida in Yucatan (Mexiko), und Bahia (Brasilien), haben Zentren der Tuberkuloseforschung und -bekämpfung errichtet.

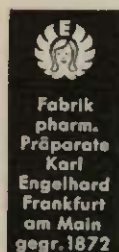
Mit den klassischen Tropenkrankheiten war man besser zu Rande gekommen.

Kostspielige, intensivere Maßnahmen unter harten Anstrengungen werden von den sogenannten äquatorialen amerikanischen Ländern gegen die ganz anders als bei uns geartete Seuche ergriffen, da ihre Ursachen, Umweltfaktoren und Aussichten völlig unterschiedlich. Ähnliches gilt für die Erkrankungen der Lunge mit Bilharzia und Mykosen.

Wir haben bereits erfahren, wie hochstufig sich die Kultur der Bewohner Amerikas bei der Ankunft der Europäer darbot in Architektur, Astrologie, Mathematik, Schrift, Goldschmiedekunst, Weberei, Skulptur, Malerei, Töpferei, Eßgewohnheiten, Tischsitten und vielem anderen mehr. In nichts steht die Medizin nach. So gelangten seinerzeit eine Fülle neuer wirkungsvoller Arzneimittel zu uns über den Ozean.

Wenn es die Eiferer der Kirche auch vermochten, fast alles Überlieferte gründlichst zu zerstören, wie es Vesuv und Vandalen verbrüdernd nicht konnten, so daß Schriftliches in Hieroglyphen — den ägyptischen verdächtig verwandt — kaum auf uns überkommen ist.

Aber in Stein- und Tongefäßen blieb es uns genügend erhalten. Wir können uns ein treffliches Bild der damaligen Heilkunde zusammensetzen, denn viel Mosaik-



PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20 g, 50 g, 100 ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

steinchen dazu haben sich gefunden und werden noch ausgegraben werden.

Wie minutiös diese mesoamerikanischen Menschen ihre Mitteilungen machten, zeigen sie uns so, wie sie Tätowierungen, Schönheitsideale, klassisch und frei beobachtet, Schlafende verewigt haben.

Über ein weites Betätigungsfeld verfügte der Arztgott Tzapotlatenan, der sich nicht nur mit internen und besonders dermatologischen Erkrankungen befaßte, sondern auch treffsicher und geschickt das Skalpell schwang in bedeutenden Operationen, die bis heute durchaus geläufig sind.

Wenn wir noch nicht dazu die Beschneidung rechnen, so doch Bauchlängsschnitt, die geglückte Schädeltrepanation mit Kallusbildung wahrscheinlich gegen Hirndruckscheinungen und Gemütskrankheiten, den Kaiserschnitt und Nasenoperationen.

Fast fremd erscheinen für sie erotische Vorwürfe.

Aber Darstellungen von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft beschäftigen sie sehr, typische Hasenscharten, Praghathie, Rhinophym, Exophthalmus, Schielen, Akromegalie fallen ihnen auf, Fazialisparesen, geschwollene Backen, Zwerge, Bucklige und Krüppel.

Holzprothesen und die mehrmalige keramische Wiedergabe von Amputierten beweisen die erfolgreiche Ausführung solch komplizierter Operationen.

Aber absolut gekonnt getöpft und steingehauen, auch heute kaum zu übertreffen, bilden sie Hautkrankheiten und Defekte von zerstörenden Erkrankungen ab: Leishmaniose, Lippennekrosen bei Leishmaniosen und Lepra, Eruptionen der Fromboesie und Lues III mit Gummen.

Zum Abschluß der medizinischen Auslassungen kommt mir der Einfall, daß wir uns in der einen Hinsicht kaum etwas nachzusagen haben, die Europäer und die Indios. Während sie unsere Lungenschwindsucht geerbt zu haben scheinen, haben wir von ihnen das Geschenk, vermutlich, der spanischen oder französischen Lustseuche empfangen.

Mittwochmorgen in Merida

Bis zur Abfahrt bummeln wir durch die Straßen von Merida, der Hauptstadt von Yukatan, der ärmlichen Provinz mit dem lähmenden, niederdrückenden Klima.

Sobald man den „airconditioned room“ im Hotel verlassen hat, schlägt es einem den Atem, der Schweiß

perlt nicht, er bricht aus in Strömen, die Sonne sticht und läßt so recht ein unsauberes Städtchen erkennen, das früher schmucke Häuser, Kirchen und Gouvernementspaläste auswies, alles verludert und verschmudgelt. Nur die Parks sind gepflegt. Darin wimmelt es aber von Menschen, was sage ich, Menschen, von Männern, meist sogar jüngeren, die sich unterhalten, erzählen, feilschen, aber nur nicht arbeiten; an einem gewöhnlichen Werktag. Gepfropft voll sehe ich alle Kaffeehäuser; die Billardsäle fassen nicht die Leute, wie wenn Weltmeisterschaft stattfände.

Ich beobachtete weiter: alle Straßen füllen diese Nichtstuer, diese Anhänger des Dolcefarniente und der vita contemplativa. Denn Philosophen à la Sokrates stellen sie wohl dar.

„Man sollte die alle zum Militär einziehen“, meinte sinnig mein Freund, „damit sie von der Straße wegkämen.“ Wenn einem allerdings bewußt wird, daß Mexiko zwar ein Maximum seines Jahr um Jahr um sechshundertstel wachsenden Sozialproduktes für Erziehung und Bildung und nur ein Mindestteil für den Wehretat ausgibt, daß die durch Losentscheid Eingezogenen als Sonntagssoldaten dienen, wovon sich noch ein Gutteil loskauft, dann verwirft man ganz von selbst diese sich anderswo anbietende Lösung.

Was hält unsereiner nach solchen Überlegungen vom allgütigen „Manana“ — Heute? Tu es lieber morgen! Schuffen müssen die Frauen, die Weiber und die Kinder. Der Mann muß sich ausruhen. Jemand, der mit offenen Augen seit zwanzig Jahren das Land sieht und beobachtet, berichtete mir von einer persönlichen Begegnung im Süden, wo ihm eine ermattete Indianerin bedeutete, daß die Mannsbilder abends stramm zu sein haben, sich also tagsüber schonen sollen. Es fällt ihnen beides nicht schwer.

Merida hat eine Universität, ein Gebäude aus der Spanierzeit mit einem herrlichen Hof, der wie ein Opernhaus von innen aussieht! Hörsäle mit zehn Sitzen! Alle Professoren schreiben täglich ihre Vorlesungen mit Kreide persönlich an die schwarze Tafel. Hinter dem Gebäude auf dem Basketballfeld war weit mehr Betrieb.

Wir treten in die Stadtbibliothek ein und besichtigen die verstaubten Regale, welche Bücher, Folianten, Schmöcker, Schwarten, Lederbände und Hefte aller Fakultäten enthalten, die Du Dir denken kannst, jedoch fast kein neues findest Du darin.

Sanhelios

Pharmaz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 711588

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednison bzw. Prednisolon USP XVI, BP 58.

Indikation

Rheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

Preise gem. A. T. m. U.

20 Tabletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,— · Klinikpackung zu 500 Tabletten

Sozialwissenschaft, worin sich mein Freund auskennt, meist deutsche und amerikanische Autoren, aber jüngste Ausgaben um 1930! Dasselbe stelle ich in der medizinischen Abteilung fest.

Schließlich doch noch unser Entzücken verursachend, stoßen wir auf einen dicken, zerschundenen Wälzer „Los maestros cantores de Nuremberg“, die Meistersinger von Nürnberg, von Richard WAGNER.

Die Taxen warten und wir starten nach Chichen Itza, zu den Mayasiedlungen und den Pyramiden, derentwegen wir über tausend Kilometer hierhergefliegen sind.

Ja, tausend Kilometer wandern mit Sack und Pack, mußten auch die Tolteken (Tula de Alonzo, im Staat Hidalgo) bis nach den heute öden Ebenen bei Chichen Itza. Die Chichimeken hatten etwa im zehnten Jahrhundert, als der „Ort der Binsen“, Tollan, Stammsitz wurde, einen Anführer, der sich QUETZALCOATL rufen ließ, die gefiederte Schlange. Er regierte so segensreich, daß er später als Priestergott in die Legende einging. Als Gott der Elemente, des Windes, des Morgensterns u. a.

Man findet von ihm Abbildungen mit Vollbart, europäischer Nase und mit Federkrone auf dem Tor des hiesigen Kukulkan Tempels, beispielsweise.

Seinerzeit vollzog sich auch die Namensänderung derer von Tollan in Tolteken.

Nach zwei sagenumwobenen Jahrhunderten vertrieb sie ein anderer barbarischer Chichimekenstamm. Den ganzen Standard ihrer Kultur mit vielen Elementen propften sie jener überragenden schon vorhandenen der Mayas auf.

So werden wir hier wieder antreffen, was uns beim Besuch in Tula aufgefallen war, die Atlanten, Soldaten, welche das Tempeldach tragen, die Zwerge, auf denen der Altartisch lastet, die Flachreliefs, Krieger und Adler darstellend, Federschlange und den herzenfressenden Jaguar, sowie den Puelque Gott, häufig Chacmool heißen.

Überall stößt man auf Steinen auf diese drei Tiere, mit Obsidien und Knochenwerkzeugen graviert — denn Metalle, außer Silber und Gold, waren unbekannt.

Auch sonstwo weisen die Wappen vieler Staaten den kühnen Adler, die Schilder anderer, den Löwen auf, dessen Stellvertretung der heimische Jaguar einnimmt. Mit der Schlange beschäftigen sich fast alle Epochen, die meisten Völker und Religionen, jenem geheimnis-

trächtigen halb überirdischen, halb unterirdischen, zwielichtigen Wesen.

Woher das Leitbild der Schlange mit den Federn rührt, wissen wir nicht. Aber dieses Symbol erscheint in der Rundpyramide in Calixtlahuatl, in der sogenannten Schlangenpyramide von Tenayuga, mit den acht verschiedenen Mänteln, welche jeweils 52 Jahren entsprechen ebenso wie in Cholula, der weltgrößten Pyramide, wo nach Cortez' Angaben in der Aztekenära jährlich 6000 Menschen geopfert worden sein sollen.

Ich denke zurück an Nara, wo das größte Holzgebäude der Erde, ein japanischer Tempel, steht, oder an die erhabenste Kuppel des Michelangelo in Sankt Peter, oder die schönste Kirche auf der Welt, die Normanenkapelle in Paiermo. Überall und in jedem Fall Dokument der außerordentlichen Anstrengung des Menschen, dem Gott zu Gefallen zu sein.

Während man bislang die Ansicht vertrat, die mexikanischen Pyramiden wären im Gegensatz zu den ägyptischen nur Erhöhungen, damit die obenaufsitzenden Tempel näher dem Himmel stünden, hat man nun auch kürzlich hier das Grab eines gottähnlichen Fürsten geöffnet, ein Grabmal des Gottkönigs, dessen barbarischer Bauwille, dessen dokumenthafter Drang, sich sein Denkmal erdachte. War er der Weiße Gott?

So also gebärdeten sich unsere Vorstellungen, als wir durch das Land unserem Ziel zustrebten, durch weite, wüste Steintrümmerhalden, wild mit Buschwerk, Kakteen und Akazien bewachsen. Dort, wo der Boden urbar zu machen, wächst in endlosen Feldern Sisal, der Agave verwandt, die auch ebensolche haushohe Blütenstengel treibt.

Chichen — Itza

Als wir ausstiegen, verschlug uns die stickig heiße, feuchte, feindliche Urwaldluft ebenso den Atem, wie der Anblick des unüberschaubaren Geländes mit den bedeutendsten überlieferten wuchtigen Werken. Dabei harren hier noch aberhundert Bauten, Pyramiden, Ballspielplätze, Sternwarten, Straßen, heilige Brunnen, Stelen, Tempel darauf, ausgegraben zu werden.

Ganze Ruinenstädte liegen noch verschüttet, auf daß Licht und Klarheit in die Geschichte der hochstehenden Kulturen dringe. So stehen wir also staunend vor der Größe, vor der klassischen Ebenmäßigkeit der im Glast glitzernden Hauptpyramide El Castel.



Epsilon-Tachostyptan[®]

Hämostyptikum aus Lipidthromboplastin und Epsilon-Aminokapronsäure
Ein Fortschritt in der Behandlung von Blutungen

HORMON-CHEMIE MÜNCHEN

Das blendende Sonnenlicht mag vor vielen hundert Jahren den Stein schon ebenso gleißen haben lassen wie heute, sich in den Schweißperlen und den Tränen — ob der Freude, ob aus Unglück — ebenso regenbogschillernd gebrochen haben wie heute.

91 Stufen stiegen hinan, je an vier Seiten, das ergibt 364, samt einer Sammelstufe 365, des Jahres Tage. Daß das kein Zufall sein kann, bezeugen die 364 Nischen der Pyramide im Tempelbezirk der Totowaken in El Tajin.

Außerdem fällt mir noch das ungewohnte Übermaß der Stufenhöhe auf; dabei waren die Mayas wenig über eineinhalb Meter groß.

Die frühen Bewohner unseres Gastlandes scheinen begnadete Sternkundler, Astronomen, Zeitrechner und Mathematiker gewesen zu sein.

Wer ist imstande, sich vorzustellen, daß der Aztekenkalender, ein Mühlstein von 25 Tonnen, bei den Bauarbeiten am Zocalo gefunden, für 10 000 Jahre nur ein Fehl von 2 Tagen nach unseren modernsten Berechnungen aufzeigt?

Innen war der Mensch das Maß der Dinge. Seine zehn Finger und zehn Zehen schafften ihnen ein genial einfaches Zwanzigerzahlensystem, dem — lang vor uns — die Null nicht fehlte, jene auch heute noch so irrational unbegreifliche Größe.

Eins, ein Punkt entsteht, wenn man einen Finger in den Sand steckt. Vier Finger = vier Punkte gelten vier. Die Handkante, ein Strich im Sand, deutet die Fünf an. Ein Strich und drei Punkte zählen acht, 3 Striche und 3 Punkte heißen achtzehn.

Neun Monate (à 29 Tage) dauert es, bis der Mensch das heilige Sonnenlicht erblickt, das sind rund 260 Tage. Diese Zahl wurde zum besonderen Rang erhoben: Das Götterjahr. 20 Tage hatten Namen, jeder nach einem Gott. 260 durch 20 dividiert ergibt 13 und das entspricht nun wiederum den Stunden des Lichttages, welche auch je einem Gott geweiht waren. Bis jeder Tagesgott mit jedem Zahlengott gesprochen hatte, waren demnach 260 Tage ins Land gegangen. Daneben führte man das Sonnenjahr mit 365 Tagen. Die Zahl 18 980 enthält als kleinstes Vielfaches beide unterschiedlichen Jahre und das bedeutet die 52 Jahre, die eine so große Rolle in allen — schicksalsschweren — Berechnungen spielen.

Nach Ablauf dieses Zeitraums erwarteten die Priester jedesmal einen möglichen Weltuntergang, ein Sterben des Gottes und seine Wiederauferstehung.

Die Konquistadoren des Cortez' rotteten die Hochwerte dieser schöpferischen Menschen aus, die den ihrigen zumindest ebenbürtig, vielleicht in manchem sie übertrafen.

Errichtetes wurde zerstört, geschleift, Wertvolles geraubt, erreichbar Schriftliches verbrannt mit der Gründlichkeit der Furcht, des Neides, der Eifersucht und des Hasses, gegenüber dem geistig Überlegenem.

Auch konnten Götter niemals geduldet werden, die mit Anklängen an christliche Motive, bei den einzig Rechtgläubigen, Zweifel aufkommen lassen könnten.

Wie bekannt, mutet doch das Sinnbild der sündenvergebenden Erdensonnengöttin Tlazolteotl an, der Gottesmutter, die den Gottessohn, den Maisgott, gebiert.

Was man aus Hirnen und Herzen der Ureinwohner herausbrennen, tilgen wollte, die Liebe und Zuneigung zum Indianerblut und die Liebe zum eigenen Volk und seinen Ursprüngen, das glüht heute lebendig auf in einem ausgeprägten Nationalbewußtsein. Einst Makel des noblen Mexikaners, macht es heute seinen Stolz aus, Mestiz-Mischling mit indianischem Blut oder gar Kreole zu sein, d.h. Ureinwohner.

Der kluge Kopf, etwas schlitzohrig, wie sich bei der Abrechnung herausstellt, auf dem dicken Bauch, der uns durch die Ruinen von Tula führte, wies mit Genugtuung darauf hin, er sei kein Indio, die wohnten in Indien, er sei Azteke. „Ich müßte das Vermögen, das Vermächtnis meiner Vordenen, meiner Väter und Verwandten schmähnen, würde ich verachten oder beschimpfen lassen, was früher war und geschah. Wir Mexikaner sind stolz wie die Spanier, aber ehrbarer als sie.“

„Von den Millionen und Abermillionen unserer Vorfahren, wenn auch nur einer ausgefallen wäre, so bestünden wir doch gar nicht.“

Was uns Einheimischen gegenüber dem Europäer vielleicht etwas abfallen läßt, das ist, daß uns jeglicher Einfluß des Humanismus und der Aufklärungszeit des 16., 17., 18. Jahrhunderts fehlt; dafür habt Ihr von der alten Welt, Euere Kirchensoldaten, gründlich gesorgt.“

(Fortsetzung Seite 294)

Lohnende Schmerztherapie

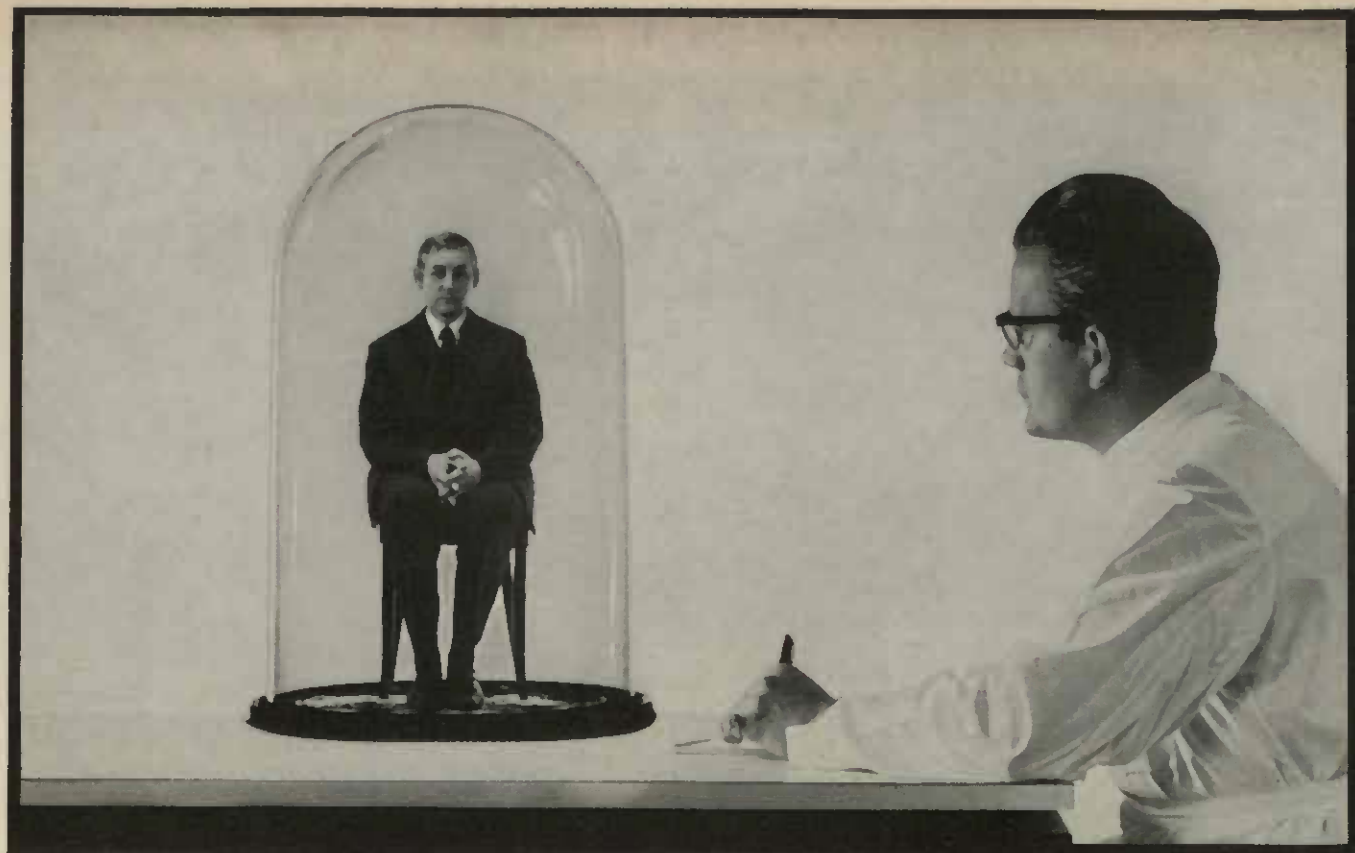
ZENTROMID

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Pro Dragée:
 Dyphenylhydantoin 0,1 g
 Koffein: 0,025 g
 O. P. 25, 100 Dragées
Neu: O. P. 12 Zäpfchen



DER V-PATIENT

ERKENNEN SIE IHN?



In jedem Lebensalter gibt es Perioden der **VULNERABILITÄT**, in denen außergewöhnliche Belastungen zu einer Reduzierung der Widerstandskraft des Individuums gegenüber exogenen und endogenen Noxen führen. In solchen Perioden ist der Bedarf an Vitalstoffen (d.h. an Vitaminen, mineralischen Grundstoffen, Spurenelementen) stark erhöht.

Diese Substanzen steigern über den Intermediärstoffwechsel die Energieproduktion. Es ist nachgewiesen worden, daß bereits bestehende Hypovitaminosen die Vitaminresorption beeinträchtigen. Die fehlenden Vitamine müssen daher in erhöhten Dosen zugeführt werden, um trotz der eingeschränkten Resorption die Aufnahme ausreichender Mengen zu gewährleisten.

SUPRADYN®

**VITAMINE IN HOHER DOSIERUNG SOWIE MINERALISCHE GRUNDSTOFFE
UND SPURENELEMENTE IN AUSGEWOGENER KOMBINATION**

10 UND 20 KAPSELN, 10 BRAUSETABLETTEN

DER V-PATIENT IM KINDESALTER



VULNERABEL DURCH:

Appetitlosigkeit, ein Signal zu erhöhter Aufmerksamkeit. — Wachstumschübe. Sie beanspruchen den Stoffwechsel in besonderem Maße. — Fieberhafte Erkrankungen. Sie belasten vor allem den Vitaminhaushalt.

DER V-PATIENT IM JUGENDALTER



VULNERABEL DURCH:

Körperliche und geistige Überanstrengung, wie sie exzessiver Sport und Prüfungen mit sich bringen.

DER V-PATIENT IM BERUFSALTER



VULNERABEL DURCH:

Starke körperliche und geistige Beanspruchung im Beruf: Gefahr frühzeitiger Abnutzung. Rekonvaleszenz: unzureichende Auffüllung der Vitalstoffreserven.

DIE V-PATIENTIN



VULNERABEL DURCH:

Schwangerschaft und Stillen: sehr beträchtliche Steigerung des Bedarfes an Vitalstoffen.

DER V-PATIENT IM RENTENALTER



VULNERABEL DURCH:

Einseitige und unzureichende Ernährung, besonders bei vereinsamten Alten. Hypofermentie und Resorptionsschwäche als Folgen der Altersatrophie der Magen- und Darmschleimhaut. Chronische Krankheiten und protrahierte Rekonvaleszenz.



HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH

Nur sehr blaß und umschrieben, wußte ich ihm zu antworten.

„Unsere Erdenreise vollzieht sich wie auf einem Fluß. Viele schwimmen in der Strömung, nur wenige dagegen. Oft queren unser Dahintreiben Brücken. Da blicken Menschen ganz außerhalb unserer Mühen, eine zeitlang auf den Lauf und auf uns. Manchmal strebt mitten im Gewoge der Wellen ein Pfeiler im Strom, ein Denkmal früheren Wesenschaffens. Daran rücken und reißen feindlich die Fluten.

Und weit droben segeln die Wolken.

Wer von den Eueren, beispielsweise der große verstorbene Mayakönig, über die Wasser gelangen wollte, der konnte es nicht mit seinem Antlitz. Er bedeckte es mit der grünen kostbaren Jadamasken, auf daß man ihn nicht erkenne. Das war vor zweieinhalbjahrtausend.

Gleich diesen Toten werden wir einst wandern oder ruhen; aber werden wir mit unserem Gesicht jenseits anlangen, mit unseren Vorstellungen, Meinungen, Glauben im Glück, im Paradies?“

Anders geartet, ertappst Du Dich dabel, Dich schuldhaft unsicher, dumpf zu fühlen, oft plump und unbeholfen, vielleicht tölpelhaft gegenüber kulturell, zivilisatorisch womöglich Unterliegenden, weil sie verschieden, unterschiedlich, naturhafter, triebhafter, natürlicher erscheinen als Du selbst, falls Du Dir Mühe gibst, sie verstehen zu wollen.

Leicht unterliegst Du dem Schein, den Du fürchtest. Dieses Sonnengefilde wird mir noch tausend Anreize, Anregungen, Fingerzeige, Überlegungen und Gedanken gebären.

Ob ich die Eindrücke, die Geschehnisse, die schwankenden Gestalten der Jetztzeit und die Mären der untergegangenen zu fassen, zu halten und zu verwalten mag? Wer weiß?

Versuche doch einmal, Deine Heimatstadt, ihre Leute, zu beschreiben! Wie viel schwerer mag das Unterfangen sein, Neues, andere Menschen zu schildern!

Diese wehmütige Einsicht scheut vor scharfen Konturen, erschöpft sich aber nicht in orientalischem Fatalismus, sondern erzeugt wieder die unerschöpfliche Gekuld des Neugierigen.

Einstens war ich eingesponnen in meine Kapsel wie in den Kokon des Seidenspinners. Ich war ein einsamer Knabe, innerlich. Ich kannte nur meine Welt, meine Umgebung, meinen Kreis. Darüber hinaus träumte ich,

wähnte ich. Seit ich weiß, wie weit die Welt, gewahre ich einen Wandel im Wünschen und Wollen.

Der Rückblick, die Rundschau und die rückläufige Betrachtung lehrt mich, welche Vorteile es bringen kann, wie uns die Begegnung mit fremden Völkern bereichert, wie uns das Zusammentreffen mit anderen, mit Andersgearteten erhebt. Wie aber sind nun diese Menschen?

Unsere Gastgeber lieben Farben, Blumen, Pflanzen, Autos, Gitarren und Unpünktlichkeit, d. h. Ruhe. Der Mexikaner überschäumt in Höflichkeit, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Großzügigkeit, Nationalstolz und Leichtigkeit. Er nimmt alles auf die leichte Schulter, wird wohl nie nervenkrank. Mañana. Lieber morgen als heute. Er liebt das Nichtstun bis zum Faulenzen und die heißblütige Liebe. Mit freundlicher Lebenswürdigkeit und wohlthuender Umgänglichkeit wischt er dunkle Flecken von peinlichen Pannen wie mit Messingputz weg. Danach glänzt wieder die glückliche Sonne darein. Ablegen muß man die Vorstellungen vom jähzornigen, wild um sich schießenden, unbeherrschten, pistolenbewaffneten, primitiven Radaubruder — wie man es heute noch im benachbarten Texas vermutet, das bis 1840 zu Mexiko gehörte — weil er etwa in 22 Jahren 35 Präsidenten umbrachte in andauernden Revolutionen und Empörungen.

Beobachte ich ihn aber wirklich? Habe ich ihn begriffen?

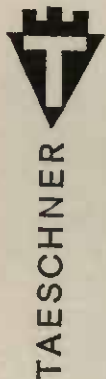
Richtig kennt dieses Land, wer die dunklen Farben, die wilden Klänge seiner Lieder, die schwarze Trauer seiner Musik Kraft hört, mit dessen Götter Ohren.

Ich empfinde es, das Sprichwort hat recht, das besagt: „Wessen Herz den Staub Mexikos verspürt hat, wird stets wieder dorthin müssen.“ Traurig, das Schöne, das Helle, das Lichte, das Glückliche zurücklassen zu müssen, nahm ich Abschied, letztlich vom Heiteren der Häfen, der Hotels, von den Herrlichkeiten, Hochzeiten und Hochgebilden für die Heiligen, die Ehren, die Himmlischen.

Heimgekehrt in das behütete Zuhause, werde ich das Angedenken an den unsterblichen Aztekenfürsten ehren.

Ich werde Mexiko im Herzen lieb behalten, das schöne, sonnenhafte, farbenfrohe Land.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Alfred Rottler, Praktischer Arzt, 8500 Nürnberg, Äußere Bayreuther Str. 72



so alt — so neu — so gut

für Kinder und Erwachsene
der wohlschmeckende Hustensirup

Pertussin®

AUF THYMIANBASIS
auch mit Codein

Verstopfung?



Depurativum[®]

und der Fall ist
geregelt!

NATTERMANN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1969*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Vergleich zum Vormonat sank die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach im Januar erheblich ab, nämlich von 82 auf 47 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet). Ein ähnlicher Rückgang zu Jahresbeginn war auch schon in früheren Jahren beobachtet worden. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten in etwa gleicher Häufigkeit wie im Dezember auf.

Fälle von Typhus und Paratyphus wurden im Berichts-

monat sehr selten, Ruhrerkrankungen keine gemeldet. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging der Jahreszeit entsprechend zurück, und zwar von 8 auf 6 Fälle je 100 000 Einwohner, während die Ziffer der Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) von 34 Fällen im Dezember 1968 auf 42 Fälle im Januar, jeweils auf 100 000 Einwohner, zunahm.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Dezember 1968 bis 1. Februar 1969 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung daz. paral. Fälle		Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Gebirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterieller Ruhr (ohne Amöbenruhr)	
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	162	—	—	—	9	2	13	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	26	—	—	—	2	1	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	29	—	—	—	3	1	2	—	3	2	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	73	—	—	—	5	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	71	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	34	—	—	—	2	—	6	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	46	—	—	—	3	1	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	—	—	461	—	—	—	26	5	32	1	5	2	6	—	2	—	—	—
München	—	—	103	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	32	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19	
	Enteritis infectiosa Salmonellosis		Übrige Formen		Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Bang'sche Krankheit		Q-Fieber		Exanthema		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	32	—	2	—	—	—	137	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	22	—
Niederbayern	5	—	2	—	—	—	76	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	2	—
Oberpfalz	2	—	—	—	—	—	51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Oberfranken	3	—	—	—	—	—	40	—	1	—	1	—	—	—	4	—	—	—	21	—
Mittelfranken	1	—	—	—	—	—	14	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—
Unterfranken	10	—	—	—	—	—	51	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	16	—
Schwaben	2	—	1	—	—	—	50	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	29	—
Bayern	55	—	5	—	—	—	419	1	2	—	1	—	1	—	11	—	2	1	94	—
München	12	—	—	—	—	—	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

MITTEILUNGEN

Bayerische Ärzteversorgung

Zusammenfassung des Geschäftsberichtes für das Jahr 1967

Die Bayerische Versicherungskammer hat dem Landes-
ausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung in der Sit-
zung am 14. Dezember 1968 den Bericht über das Ge-
schäftsjahr 1967 vorgelegt. Für Interessenten hält die
Bayerische Versicherungskammer — Bayerische Ärzte-
versorgung —, 8000 München 22, Schalterfach, Exem-
plare des ausführlichen Geschäftsberichtes 1967 bereit,
die auf Wunsch gerne zugeschickt werden.

Schwerpunkte des Berichtes bilden die Mitgliederbe-
wegung, die Beitrags- und Leistungsseite, die Vermö-
gensanlage, die Vermögenserträge, der Vermögens-
stand und der Verwaltungsaufwand.

1. Die Bayerische Ärzteversorgung hatte am 31. De-
zember 1967 einen Bestand von 22 242 Mitgliedern.
Der absolute Neuzugang betrug 1 022 Mitglieder,
was einer Mehrung von 4,82 v. H. entspricht.

2. Das Beitragsaufkommen im Geschäftsjahr 1967
belauf sich auf 65 704 493,72 DM.
Es hat im Vergleich zum Auf-
kommen im Geschäftsjahr 1968
um 7 004 629,59 DM
zugenommen (= 11,93 v. H.)

Damit ist die Zuwachsrate im Beitragsaufkommen
der Anstalt wieder entsprechend angestiegen, nach-
dem im Geschäftsjahr 1968 — bedingt durch die
Einführung der Beitragshöchstgrenze aus steuer-
lichen Gründen — die Beitragseinnahmen gering-
fügig abgenommen hatten.

3. Der Gesamtaufwand an Versor-
gungsleistungen betrug 23 673 027,21 DM.
Die Mehrausgaben gegenüber
dem Vorjahr beliefen sich auf 2 810 699,58 DM.
In den Versorgungsleistungen
1967 sind 1 652 897,15 DM
freiwillige Leistungen zur lau-
fenden Erhöhung der Renten
enthalten.
Die Zahl der Ruhegeld-
empfänger betrug am
31. Dezember 1967 1 786.

Die Zunahme gegenüber dem
Geschäftsjahr 1966 betrug 47.

Die Zahl der Witwen (Wit-
wer) belief sich am 31. De-
zember 1967 auf 3 346,
was einer Mehrung gegenüber
dem Geschäftsjahr 1966 von 78
entspricht.

Die Zahl der Waisen betrug
am 31. Dezember 1967 1 020,
somit um 12
mehr als im Geschäftsjahr 1966.

Die Zahl der Unterhalts-
empfänger betrug am
31. Dezember 1967 256.

Die Zunahme gegenüber dem
Geschäftsjahr 1966 betrug 12.

4. Der Schwerpunkt bei den Vermögensanlagen lag
auch im Geschäftsjahr 1967 bei den Darlehen.

Das Darlehensvolumen betrug 68 700 436,50 DM.

Im einzelnen zeigt sich folgende

Auftellung:

Mitglieder-	Bayern	23 732 467,75 DM
darlehen	Pfalz	2 194 000,00 DM
	Summe:	25 926 467,75 DM

Wohnbauwerk-	Bayern	5 330 918,75 DM
darlehen	Pfalz	338 250,00 DM
	Summe:	5 667 168,75 DM

Körperschafts-	Bayern	9 650 000,00 DM
darlehen	Pfalz	1 800 000,00 DM
	sonstige	8 300 000,00 DM
	Summe:	19 750 000,00 DM

Refinanzierungsdarlehen	15 356 800,00 DM
-------------------------	------------------

In Wertpapieren wurde im Ge-
schäftsjahr 1967 ein Betrag von
insgesamt 14 448 398,00 DM
angelegt.

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Dilsoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische
Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

Die Anlagen in Immobilien geben im Geschäftsjahr 1967 folgendes Bild:

Für den Neuerwerb von Grundstücken wurden insgesamt 1 503 073,74 DM bezahlt.

Der Aufwand für Baumaßnahmen belief sich auf 9 743 186,51 DM.

Dabei wurden zwei Projekte mit insgesamt 240 Wohnungen fertiggestellt.

Der Grundbesitz der Anstalt hatte am 31. Dezember 1967 ein Gesamtvolumen von 103 707 692,26 DM.

5. Die Gesamthöhe der Erträge aus den angelegten Deckungsmitteln im Geschäftsjahr 1967 beläuft sich auf 35 450 287,39 DM.

Der Ertrag ist gegenüber dem Geschäftsjahr 1966 um 5 307 636,54 DM gestiegen.

Die Durchschnittsverzinsung der angelegten Deckungsmittel hat im Geschäftsjahr 1967 5,60 v. H. betragen.

Sie ist gegenüber dem Geschäftsjahr 1966 um 0,18 v. H. gestiegen.

6. Das Vermögen (Deckungsmittel) belief sich am 31. Dezember 1966 auf 586 936 672,38 DM, am 31. Dezember 1967 auf 655 993 250,83 DM.

Die Mehrung beträgt demnach für das Geschäftsjahr 1967 69 056 578,45 DM.

7. Am 31. Dezember 1967 waren für die Bayerische Ärzteversorgung und 20 Beamte 77 Angestellte beschäftigt.

Der Personalstand hat sich im Geschäftsjahr 1967 im Vergleich zum Jahre 1966 etwas erhöht:

Am 31. Dezember 1966 sind 19 Beamte und 64 Angestellte für die Anstalt tätig gewesen.

Da die für die Verwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung zuständige Abteilung I für Versorgungswesen der Bayerischen Versicherungskammer neben der Bayerischen Ärzteversorgung auch die Bayerische Apothekerversorgung verwaltet, sind einige Dienstkräfte aus der oben genannten Zahl von Beamten und Angestellten sowohl für die Bayerische Ärzteversorgung als auch für die Bayerische Apothekerversorgung tätig, die auch einen entsprechenden Teil des Personalaufwandes trägt. Dies gilt in erster Linie vom Abteilungsleiter und den Referenten.

Mitteilung der Farbwerke Hoechst AG

Unverträglichkeitserscheinungen nach Injektion von Hostacain forte

Einige Fälle lokaler Unverträglichkeitserscheinungen (vorübergehende Schwellungen) nach Injektion von Hostacain forte in Zylinderampullen der Herstellungcharge U 527 und U 530, die uns in den letzten Tagen aus zahnärztlichen Praxen gemeldet wurden, haben uns veranlaßt, als erste Eilmaßnahme sämtliche Chargen von Hostacain forte und Hostacain forte S, deren Chargennummern ein U enthalten, aus der zahnärztlichen Praxis und den Apotheken zurückzurufen.

Eine sofortige Überprüfung der betreffenden Lösungen (chemisch-analytisch, mikrobiologisch, im Tierexperiment, sowie im Selbstversuch unserer Wissenschaftler) ergab keinerlei Anhaltspunkte, die die o. a. Erscheinungen erklären könnten. Die Untersuchungen werden unter Berücksichtigung aller nur denkbaren Ursachen und mit allen wissenschaftlichen Mitteln fortgesetzt.

Bis zur endgültigen Klärung empfehlen wir, auch im Bereich sonstiger chirurgischer Disziplinen (vor allem im HNO-Bereich) auf den Einsatz der genannten Zubereitungen (einschließlich Hostacain Spezial, Hostacain 3% o. V., Hostacain N-Arterenol, Hostacain-Suprarenin) zu verzichten, soweit diese Chargen den Buchstaben U enthalten.

Die Chargennummern sind auf den Etiketten bzw. auf den Umkartons eingedruckt und bestehen aus drei Ziffern, einem Buchstaben und wiederum drei Ziffern, oder einem Buchstaben und drei Ziffern.

Mitteilung der Troponwerke

Avicol und Avicol SL aus dem Handel gezogen

Die Appetithemmer Avicol und Avicol SL werden bis auf weiteres nicht mehr abgegeben. Diese Vorsichtsmaßnahme ist veranlaßt durch den jüngst bei einem Appetitzügler anderer Herkunft diskutierten angeblichen Zusammenhang mit der primären pulmonalen Hypertension.

Avicol ist seit 1961 weltweit eingeführt. Allein nach der Registrierung in den USA wurden dort bisher über 2 Millionen Patienten ohne entsprechende Nebenwirkungen behandelt. Dennoch werden die Troponwerke nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse die uneingeschränkte Verträglichkeit dieser Präparate überprüfen.

Fund eines Arztkoffers

In der dritten Dekade des Februar 1969 wurde auf einer Straße in München-Schwabing ein Arztkoffer mit Medikamenten und Instrumenten gefunden und beim Städtischen Fundamt im Polizeipräsidium in München, Ettstraße 2/I, Zimmer 117, abgegeben. Der Arztkoffer kann dort unter der Nummer 28/34/69 abgeholt werden.

bei **RHEUMA** bringt

Anker PAIN-EXPELLER

sofortige Besserung

SEIT JAHRZEHNEN BEWAHRT!



Wenn
Penicillin oral,
dann Ispenoral
Wenn Penicillin-V-Kalium,
dann Ispenoral
Wenn rationelle Penicillin-Therapie,
dann Ispenoral



Ispenoral[®]

Denn orale Applikationen von Ispenoral sind
sowohl für den Arzt als auch für den Patienten
sehr angenehm.

Preis
DM 4,45 mit MWSt.

Ispenoral

OP mit 12 Tabl.

AP mit 100 und 500 Tabl.

Ispenoral 500

OP mit 9 Tabl.

AP mit 100 Tabl.

Ispenoral Mega

OP mit 9 Tabl.

OP mit 18 Tabl.

AP mit 100 Tabl.

DM 6,65 mit MWSt.

DM 10,55 mit MWSt.
DM 19,— mit MWSt.

Chephasaar GmbH · 6672 Rohrbach/Saar

Ferien auf dem Lande

Ruhe und Erholung im Bauernhof 1969/70

Über 700 ausgesuchte Höfe im Bundesgebiet für Ihren Familienurlaub — auch Ihr Hund ist fast überall willkommen. Viele der Höfe bieten Ferienwohnungen. Sie finden ausführliche Beschreibungen über jedes Quartier und Angaben über Ausflugs-, Reit-, Angel-, Jagd-, Bade- und Wintersportmöglichkeiten, zahlreiche Abbildungen und Beschreibung der Urlaubsgebiete.

Bestellungen direkt beim Landschriften-Verlag, 5300 Bonn, Kurfürstenstraße 53. DM 1,50 (ausgefüllte Zahikarte wird der Sendung beigelegt).

5 Jahre Deutsche Altershilfe

Das Kuratorium „Deutsche Altershilfe“ kann in diesem Jahr auf eine 5jährige Tätigkeit zurückblicken. Zur Lösung dringlicher Aufgaben in der Altershilfe und um eine koordinierende Stelle für Planung und Förderung der Altenhilfe zu schaffen, wurde im Jahre 1962 unter der Schirmherrschaft des Herrn Bundespräsidenten und unter dem Ehrenvorsitz von Frau Wilhelmine Lübke das Kuratorium „Deutsche Altershilfe“ gegründet.

Das Kuratorium setzte sich die Aufgabe, betagten Mitbürgern, die infolge ihrer persönlichen oder wirtschaftlichen Lage der Hilfe ihrer Mitmenschen bedürfen, den Lebensabend zu erleichtern und zu verbessern. Insbesondere machte es sich das Kuratorium zur Aufgabe, die Öffentlichkeit über die Lage dieser Mitbürger zu unterrichten sowie zum Mitdenken und zur Mithilfe anzuregen. Unterstützt wurde es in diesem Bemühen durch die Presse, Tageszeitungen und Zeitschriften stellten für die Veröffentlichungen im Rahmen der Anzeigen-Kampagne der „Aktion Gemeinsam“ unentgeltlich Anzeigenraum im Wert von rund 5 Millionen DM zur Verfügung. Erhebliche Mittel flossen dem Kuratorium durch die beiden Fernsehlotterien in den Jahren 1963 und 1965 zu. Millionen Mitbürger folgten durch ihre Beteiligung an den Lotterien nicht nur dem Anreiz, eventuell einen attraktiven Gewinn zu erhalten, sondern erkannten und bejahten damit auch die Notwendigkeit einer sinnvollen und zeitgerechten Altenhilfe.

In diesen 5 Jahren des Bestehens der Deutschen Altershilfe unterstützte das Kuratorium den Bau von zeitgerechten Altenwohnungen durch gemeinnützige Träger. Bis zum 30. 9. 1967 wurde so der Bau von über 5000 altengerechten Wohnungen gefördert und damit oft erst ermöglicht. Etwa 8000 alte Menschen haben dadurch eine altersgerechte Wohnung erhalten, die sie auf dem freien Wohnungsmarkt nie erhalten hätten.

Auch im Rahmen der Aktion „Essen auf Rädern“, die alten, in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkten Menschen durch den fahrbaren Mittagstisch Mahizeiten ins Haus bringt, war das Kuratorium tätig. So wurden bis

zum 30. 9. 1967 etwa 150 Spezialfahrzeuge für den Essenstransport gestiftet. Damit können rund 8200 Mahizeiten täglich zu alten Menschen ins Haus gebracht werden. In der Erkenntnis, daß für die älteren Menschen Kontakte außerhalb der eigenen vier Wände besonders wichtig sind, förderte das Kuratorium durch Beihilfen die Erstaussstattung und Ergänzung der Einrichtungen von Altenklubs und Altagestätten. Für insgesamt 403 solcher Begegnungsstätten gewährte das Kuratorium bis zum 30. 9. 1967 Beihilfen. In diesen Begegnungsstätten finden wöchentlich etwa 70 000 alte Menschen zusammen und werden so aus ihrer Isolierung und Apathie gerissen. Nachdem ältere Heime meist nicht mehr den Erfordernissen der heutigen Zeit entsprachen, gewährte das Kuratorium bis zum 30. 9. 1967 zur Deckung des dringendsten Nachholbedarfes Beihilfen an 286 Altenheime. Zum Ausbau oder Anbau von Pflegestationen erhielten weitere 18 Altenheime Zuwendungen. Um auch die erforderliche Zahl von Altenpflegerinnen heranzubilden, wurden durch das Kuratorium bis zum 30. 9. 1967 an 27 Altenpflegeschulen Stipendien und Zuschüsse gewährt. Für die erst seit einigen Jahren durch die Wohlfahrtsverbände durchgeführten Altagestaltungen leistete das Kuratorium 1963 den ersten Zuschuß.

Aus diesem Rechenschaftsbericht des Kuratoriums „Deutsche Altershilfe“, der nunmehr der Öffentlichkeit vorgelegt wurde, ergibt sich, daß das Kuratorium in der Altenhilfe neue Maßstäbe gesetzt hat und bis dahin relativ unbekannte Maßnahmen in ihrer Bedeutung erst bekannt machte. Allgemein wurde der Standard der Altenhilfe angehoben.

Aufgabe des Kuratoriums „Deutsche Altershilfe“ wird es bleiben, die Bevölkerung weiterhin über die Situation der alten Menschen unter uns zu unterrichten, auf die Verpflichtung gegenüber der alten Generation hinzuweisen und der praktischen Altenhilfe Impulse zu geben.

-alpe-

Hospitalschiff „Helgoland“

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das DRK

zum 1. Juli 1969

1 Facharzt für Chirurgie und

1 Facharzt für Anästhesie.

Bedingungen sind: Tropentauglichkeit und Verpflichtung für 6 Monate. Französische und englische Sprachkenntnisse sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Vergütung nach Gruppe II a bzw. I b der DRK-Arbeitsbedingungen (entsprechend BAT), Auslandszulage, freie Unterkunft und Verpflegung an Bord, erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen sind an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71, zu richten.

OXYMORS
KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMPFLORA UND DER NIEREN

Vermifuge Wirkung!

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »forte«



MIGRÄNEX[®]

Indikation: Migräne und ähnliche Kopfschmerzen,
pectanginöse Beschwerden, krampfartige Schmerzen
im Gallen- und Darmbereich, Pulsunregelmäßigkeiten,
Menstruationsbeschwerden, Verschreibungspflichtig

Muster auf Anforderung

TOSSA
ARZNEI

KURT MERZ · 6497 STEINAU

NEUE THERAPEUTIKA

Baycillin® Mega (rezeptpflichtig)

Zusammensetzung: 1 Oblong-Tablette: 1 000 000 E. = 700 mg α -Phenoxy-n-propyl-penicillin-Kalium.

Indikationen: Schwere bakterielle Infektionen, z. B. Bronchopneumonie, Bronchitis, Infektionen der Haut (Staphylokokkenbeteiligung), Infektionen der Nebenhöhlen.

Kontraindikationen: Erwiesene Penicillinüberempfindlichkeit.

Anwendung: Baycillin Mega unzerkaut mit etwas Flüssigkeit vor den Mahlzeiten oder zwei Stunden danach einnehmen.

Dosierung: Erwachsene 3× tgl. 1 Oblong-Tablette, solange es das Krankheitsbild erfordert. Die Dosis kann erforderlichfalls erhöht werden.

Handelsformen und Preise (mit 11% USt.): 10 Oblong-Tabletten Baycillin Mega DM 16,50, Anstaltspackung mit 100 Oblong-Tabletten.

Hersteller: Bayer, 5090 Leverkusen.

Betadorm®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Bromdiaethylacetylcarbamid 460 mg, Diphenhydraminhydrochlorid 20 mg.

Indikationen: Einschlafstörungen, Wiedereinschlafstörungen, Durchschlafstörungen, exogen bedingte Schlafstörungen sowie Schlafstörungen bei körperlichen und seelischen Krisen oder allgemeiner Nervosität.

Dosierung: Zum Einschlafen nehmen Erwachsene abends 1/2 Stunde vor dem Schlafengehen 1–2 Tabletten mit etwas Wasser oder warmem Tee ein.

Im Normalfall genügt die Einnahme von 1 Tablette.

Kinder über 6 Jahre erhalten 1/2 Tablette.

Packungsformen: OP mit 10 und 20 Tabletten.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.

boxogetten (apothekenpflichtig)

Zusammensetzung: pro Dragée: d-Nor-Pseudoephedrin-HCl 0,015 g, Diacetyl-bis-(hydroxy-phenyl)-isatin 0,005 g, 3-(o-Methoxyphenoxy)-1,2-propan-diol 0,150 g.

Indikationen: Alle Formen der alimentären Fettsucht.

Kontraindikationen: Schwere Organleiden, insbesondere von Leber und Niere, ferner Tuberkulose und Malignome.

Anwendung: Man gebe täglich zweimal, und zwar vormittags und nachmittags, jeweils etwa 1 Stunde vor der Mahlzeit, 1–2 Dragées mit etwas Obst oder Flüssigkeit. Diese Medikation sollte mindestens 6 Wochen beibehalten werden. Im Bedarfsfalle kann sie nach 1–2wöchiger Pause wiederholt werden. Die Gewichtsabnahme beträgt durchschnittlich 1/2–1 kg pro Woche, bis das Normalgewicht erreicht ist.

boxogetten können bei empfindlichen Patienten das Einschlafen erschweren, in diesen Fällen empfehle man, die abendliche Medikation nicht nach 17 Uhr vorzunehmen. Bei vorbeugender Dauereinnahme sollte man nach vierwöchigem Gebrauch jeweils eine Woche pausieren.

Obwohl auch bei normaler Kost eine Gewichtsabnahme erzielt wird, kann diese beschleunigt werden, wenn dem Patienten eine fett- und kohlenhydratarme Diät vorgeschrieben wird.

boxogetten sind gut verträglich, sie verursachen keine Sucht und keine Kreislaufbeschwerden.

Handelsformen und Preise lt. AT: O. P. mit 20 Dragées DM 4,25; O. P. mit 60 Dragées DM 9,85.

Hersteller: Boxberger, Bad Kissingen, Dr. Braun & Herberg, 2407 Bad Schwartau.

Carduben® 100 Carduben® 35 Carduben®-S

Zusammensetzung: Carduben 100: 1 Tablette enthält 100 mg Visnadin; Carduben 35: 1 Oblong-Tablette enthält 35 mg Visnadin; Carduben-S: 1 Tablette enthält 100 mg Visnadin, 20 mg Phenobarbital.

Indikationen: Bei allen Herzerkrankungen mit Durchblutungsmangel des Herzmuskels: Angina pectoris bei Koronarinsuffizienz, Myokardinfarkt. Zur Vorbeugung bei Infarktgefährdung, bei frischem Infarkt und zur Nachbehandlung. Bei erhöhter Erregbarkeit: Carduben-S.

Kontraindikationen: Glaukom.

Nebenwirkungen: Carduben-S in höherer Dosierung: Einschränkung der Reaktionsfähigkeit möglich.

Dosierung: Am Anfang und in schweren Fällen 3× tgl. 1 Tablette Carduben 100 zu den Mahlzeiten. Als Erhaltungstherapie und in leichten Fällen 3–4× tgl. 1 Oblong-Tablette Carduben 35. Bei gesteigerter Erregbarkeit 3× tgl. 1 Tablette Carduben-S.

Handelsformen: Carduben 100: OP mit 15 Tabletten DM 6,49 o. MwSt. OP mit 45 Tabletten DM 17,17 o. MwSt. Anstaltspackung mit 225 Tabletten.

Carduben 35: OP mit 60 Oblong-Tabletten DM 9,76 o. MwSt. Anstaltspackung mit 300 Oblong-Tabletten.

Carduben-S: OP mit 15 Tabletten DM 6,76 o. MwSt. OP mit 45 Tabletten DM 17,98 o. MwSt. Anstaltspackung mit 225 Tabletten.

Hersteller: Dr. Madaus & Co., 5000 Köln.

Ila-Med® forte-Tropfen

Spasmolytikum mit sedativer Komponente
Verschreibungspflichtig

Zusammensetzung: 1 ml enthält: 1-Aethyl-3-benziloyloxy-1-methyl-piperidiniumbromid (Pipenzolatmethylbromid) 6 mg, Phenyläthylbarbitursäure 12 mg.

Indikationen: Spasmen des Gastrointestinaltraktes, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Magenneurose, Colon irritabile, Spasmen der Gallenwege.

Dosierung: 15 Minuten vor den Mahlzeiten erhalten Erwachsene 3–4× tgl. 15–20 Tropfen, Kinder 3–4× tgl. 5–10 Tropfen.

Handelsformen: Originalpackung zu 15 ml DM 4,90 lt. At. m. MwSt. Klinikpackung zu 150 ml.

Hersteller: MED Fabrik chemisch-pharmazeutischer Präparate, J. Carl Pfäuger, 1000 Berlin 31.

Migränex® Dragées

Zusammensetzung: Extr. Gelsem. sicc. stand. (0,15% Gelsemin) 0,01, Extr. Hyperic. sicc. 0,02, Magnes. citric. DAB 6 0,05, Dehydrocholsäure 0,05, Phenylidimethylpyrazolon. c. Coff. citr. Erg. B 6 0,4.

Wirkungsweise: Migränex® Dragées enthalten neben dem schmerzaufhebenden Wirkstoff Phenylidimethylpyrazolon c. Coff. citr. zwei hochwirksame pflanzliche Bestandteile und einen Wirkstoff der Galle, welche die Ursachen des Schmerzes angehen.

Liquirit®

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis,
Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

KP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889



Dragées

ohne HCl deshalb echte
Stimulierung und anhaltende
Regulierung d. Magenfunktion

 **Helo-acid**®

Zur Säureaktivierung und Magensaftsubstitution

Helo-acid® comp.

bei gleichzeitigen Funktionsstörungen im Bereich der
Leber und Gallenwege, des Pankreas und Magens

HELOPHARM KG · BERLIN-WEST

**Schneller zum Ziel! Beginnen
Sie deshalb jetzt mit Bausparen
bei der Landesbausparkasse –
der Bausparkasse der Sparkassen.
Wichtiger Termin: 31.3.**

Auf dem Weg zum eigenen Haus oder zu einer Eigentumswohnung können Sie Zeit gewinnen. Bis zu einem halben Jahr früher in den eigenen vier Wänden wohnen – das können Sie, wenn Sie bis zum 31. März bei der Landesbausparkasse mit Bausparen beginnen. Lassen Sie sich diesen Vorteil nicht entgehen.

Auch der Staat hilft Ihnen: Für Ihre Sparleistung erhalten Sie jedes Jahr eine Wohnungsbauprämie bis zu DM 400 oder bedeutende Steuervorteile.

Noch haben Sie Zeit für einen Zeitgewinn! Fragen Sie gleich die Sparkasse oder unseren Bezirksleiter.



LANDESBASPARKASSE

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel. 21721

Durch die Inhaltsstoffe des Extraktes aus der Wurzel des wilden Jasmins (*Gelsemium semp.*) werden Verkrampfungen der Gefäße gelöst. Die fast 20 Jahre langen Erfahrungen mit diesen Gelsemium-Alkaloiden („Gelsadon“) haben gezeigt, daß neben den Schmerzen im Kopfbereich auch Koronarspasmen und Pulsunregelmäßigkeiten günstig beeinflusst werden.

Der Johanniskrautextrakt behebt körperliche Verkrampfungen und Niedergeschlagenheit und sorgt für eine lebensfroh einsatzbereite Gemütsstimmung. Unterstützt wird der Wirkstoff Hypericin noch durch die Chlorsäure, welche Stauungen im Gallenbereich günstig beeinflusst. Diese hepato-biliären Erkrankungen sind häufig Ursache der Migräne.

Indikationen: Migräne und -ähnliche, auch wetterbedingte Kopfschmerzen, pektanginöse Beschwerden, krampfartige Schmerzen im Gallen- und Darmbereich, Pulsunregelmäßigkeiten, Menstruationsbeschwerden, Depressionen.

Kontraindikation: Starke Sonnenbestrahlung.

Dosierung: Nur nach Anweisung des Arztes bis 3× tgl. 1 Dragée mit Wasser, unzerkaut.

In schweren Fällen empfehlen wir unsere Migränex® Spezial Suppositorien.

Handelsformen: 10 und 30 Dragées Migränex®, 5 und 10 Suppositorien Migränex® Spezial.

Hersteller: Kurt Merz, 6497 Steinau

Orgaluton®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 5 mg 17 α -Aethinyloestr-4-en-17-ol, 0,15 mg Mestranol.

Indikationen: dysfunktionelle Blutungen, Hypermenorrhoe, Polymenorrhoe, Dysmenorrhoe.

Wirkungsweise: Die Progestagen-Östrogen-Kombination führt nach klinischen Erfahrungen zu einem raschen Stillen der Blutung. Es kommt unter der Einwirkung der Hormone zum Aufbau eines Übergangsendometriums, das durch eine geringere Proliferation gekennzeichnet ist.

Dosierung: dysfunktionelle Blutungen: 3 Tage lang 2 Tabletten täglich, dann 14 Tage je 1 Tablette. Die Einnahme der Tabletten darf auf keinen Fall nach dem Aufhören der Blutung unterbrochen werden.

Hyper- und Polymenorrhoe: Die Behandlung sollte vom 5.—24. Zyklustag mit täglich 1 Tablette durchgeführt werden. Wiederholung über mindestens 3—4 Zyklen.

Dysmenorrhoe: vom 5.—24. Zyklustag täglich 1 Tablette. Die Behandlung sollte über mindestens 3 Zyklen fortgesetzt werden.

Kontraindikationen: östrogenabhängige Tumoren.

Handelsformen und Preise (m. MwSt.): O. P. 20 Tabletten DM 6,10; O. P. 30×20 Tabletten DM 15,80; Kllnlpackung mit 30×20 Tabletten.

Hersteller: Organon GmbH, 8000 München 60.

Presomen® spezial

Zusammensetzung: 1 Packung enthält 7 Dragées zu 1,25 mg (orange), 7 Dragées zu 0,9 mg (gelb), 7 Dragées zu 0,6 mg (weiß).

Indikation: Zur Östrogen-Langzeitbehandlung, vor allem bei klimakterischen Ausfallserscheinungen.

Dosierung: 1. Woche: 1× tgl. 1 Dragée zu 1,25 mg; 2. Woche: 1× tgl. 1 Dragée zu 0,9 mg; 3. Woche: 1× tgl. 1 Dragée zu 0,6 mg; 4. Woche: Pause.

Handelsformen: 21 Dragées DM 6,90; Vierteljahrespackung (3× 21 Dragées) DM 19,25.

Hersteller: Kali-Chemie, Aktiengesellschaft, 3000 Hannover.

Sanamethason

Zusammensetzung: In 100 g einer F/W-Emulsion: Dexamethason 0,025 g, 6-Chlorthymolsulfonsaures Natrium 1,0 g, Dehydracetsäure 0,5 g, Vitamin-E-acetat 0,1 g, Vitamin-A-acetat 50 000 I. E., konservierungsmittelfrei.

Wirkungsweise: Dexamethason gehört zu den Glukokortikoiden mit den stärksten antiphlogistischen Eigenschaften. Es hemmt die Exsudation, die Proliferation und stillt den Juckreiz. Sanamethason ist frei von Konservierungsmitteln, die gelegentlich Sensibilisierungen verursachen können. Es ist deshalb bei Allergien gegenüber diesen Stoffen das Mittel der Wahl.

Das in Sanamethason enthaltene Chlorthymolsulfonsaure Natrium besitzt eine starke antibakterielle Wirkung, u. a. auch auf penicillinresistente *Staphylococcus aureus*-Stämme, und wirkt gleichzeitig antimykotisch.

Ebenfalls antimykotische Eigenschaften besitzt die Dehydracetsäure. Sie läßt in der verwendeten Konzentration kein Wachstum von *Candida albicans*, *Trichophyton*- und *Epidermophyton*stämmen zu.

Tierexperimentelle Untersuchungen am Meerschweinchen ergaben sowohl für Chlorthymolsulfonsaures Natrium als auch für Dehydracetsäure keine Sensibilisierungen.

Nebenwirkungen: keine.

Indikationen: Akute Entzündungen der Haut, wie z. B. akute Ekzeme und Dermatitis, Neurodermitis constitutionalis, besonders bei Exazerbation.

Psoriasis, Lichen ruber, Erythematodes, besonders günstig beeinflussbar unter Occlusivverbänden mit Sana-Folie (DBGM). Bei Allergien gegenüber Salbenkonservierungsstoffen.

Kontraindikation: keine.

Anwendung und Dosierung: Sanamethason wird mehrmals täglich dünn auf die erkrankten Hautbezirke aufgetragen und leicht verrieben.

Bei Folien-Verbänden wird die auf das erkrankte Hautgebiet aufgetragene Saibe mit Sana-Folie abgedeckt. Die Folie wird mit einer Binde oder Heftpflaster befestigt. Folien-Verbände sollten täglich erneuert werden.

Aus behaarten Körperpartien läßt sich Sanamethason als F/W-Emulsion mit Wasser leicht abwaschen.

Handelsformen: Tube mit 15 g DM 3,90; Tube mit 40 g DM 7,85.

Hersteller: Dr. Friedrich Sasse, Pharmazeutische Präparate, 1000 Berlin 10.



Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CHEMISCHE FABRIK, Gauting bei München

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**1. Sozialmedizinischer Kurs**

veranstaltet von der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin
gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 14. April bis 9. Mai 1969 in München

Montag, 14. April 1969

9.00—9.45 Uhr

und

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schaefer, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

„Naturwissenschaftliche Grundlagen sozialmedizinischer Ergebnisse“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, München

„Sozialmedizin als ärztliche Aufgabe“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Spezialklinik Bad Trißl, Oberaudorf

Einführungsreferat:

Chefarzt Dr. A. Leonhardt

Dienstag, 15. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Institutes der Universität München

„Reisen und Infektionskrankheiten“

10.00—10.45 Uhr:

ORMR Dr. R. Zimmer, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, Landesversehrtensportarzt, München

„Versehrtensport“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. D. Vogt, Leitender Oberarzt der Kinderpoliklinik der Universität München

„Akzeleration“

14.00 Uhr:

Filmvorführung

Mittwoch, 16. April 1969

8.00 Uhr, Abfahrt:

Orthopädische Klinik des Wichernhauses Altdorf bei Nürnberg

Chefarzt Privatdozent Dr. H. Wagner

„Probleme der Wiederherstellung in der Orthopädie“

Frau Dr. H. Jolk

„Einführung in die Problematik der ärztlichen Betreuung und pädagogischen Führung spastisch gelähmter Kinder“

Besichtigung der Einrichtungen und Werkstätten des Wichernhauses

Donnerstag, 17. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Direktor K. Seelmann, München

„Erwachen der Sexualität und Aufklärung“

10.00—10.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. F. Deckstein, Leiter der Ärztlichen Abteilung der LVA Oberbayern, München

„Ärztliche Grundbegriffe aus der Sozialmedizin“

11.00—11.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. K. Schwarzkopf, Leitender Arzt des Landesarbeitsamtes Südbayern, München

„Vermehrte und vermeidbare Diskrepanzen zwischen Vertrauensarzt, Rentengutachter und Arbeitsamtsarzt“

14.00—16.00 Uhr:

Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Kriegsopferversorgung)

Regierungsmedizinaldirektor Dr. G. Scheld, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge, München

Freitag, 18. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. M. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern

„Die Sozialkur“

10.00—10.45 Uhr

und

11.00—11.45 Uhr:

Priv.-Dozentin Dr. M. Blohmke, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

„Epidemiologische Felduntersuchungen und ihre Methoden“ (Fragebogentechnik)

Montag, 21. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dr. H.-J. Clörs, Ärztlicher Direktor der LVA Freie und Hansestadt Hamburg, Landesvertrauensarzt

„Der vertrauensärztliche Dienst“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. F. Brachmann, Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München

„Zivilisationsschäden des Zahn- und Kieferapparates und ihre Prophylaxe“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

„Sozialmedizin — Definition und Abgrenzung“

14.00 Uhr, Abfahrt:

Zentrum für mehrfach behinderte Kinder, München 15, Güllstraße 3

Einführungsreferat:

Prof. Dr. Th. Heilbrügge

RECORSAN[®]

- LIQUID. c. Rutin

Rein phytologisches Cardiotonicum
für die kleine Herztherapie
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Dienstag, 22. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Hochschule München

„Rehabilitation bei Hautkrankheiten“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. W. Bischoff, Landessozialgerichtsrat, Bayerisches Landessozialgericht München

„Grenzen zwischen ärztlicher und rechtlicher Beurteilung“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie Dortmund

„Möglichkeiten und Grenzen einer Wachstums- und Leistungsprognose aus Untersuchungen bei Kindern“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Strafanstalt München-Stadelheim

Einführungsreferat:

Dr. G. Zylka, Regierungsmedizinaldirektor

Mittwoch, 23. April 1969

8.00 Uhr, Abfahrt:

Firma Krauss-Maffei AG, München-Allach

Einführungsreferat:

Dr. G. Fuchs, Werkarzt der Firma Krauss-Maffei

Donnerstag, 24. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dr. J. Pechstein, Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München

„Die sozialhygienische Bedeutung des frühkindlichen Heimschadens“

10.00—10.45 Uhr:

Senator Dr. B. Kiäß, Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, Fürth

„Das Rote Kreuz im Katastrophenfall“

11.00—11.45 Uhr:

Ministerialrat Dr. E. Goetz, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Bonn

„Stand der sozialen Sicherung in Europa“

14.00—16.00 Uhr:

Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Arbeiterrentenversicherung)

Medizinaldirektor Dr. H. Winckelmann, LVA Oberbayern, München, Holbeinstraße

Freitag, 25. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dr. H. Silomon, Landesmedizinaldirektor, Osnabrück

„Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“

10.00—10.45 Uhr

und

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. Decker, Nervenkl. der Universität München

Privatdozent Dr. K. Giuliani, Chefarzt der Hofrat Friedrich HESSINGschen Orthopädischen Heilanstalt Göggingen bei Augsburg

„Sudeck“**Montag, 28. April 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Dr. J. Pechstein, München

„Vorsorge für das behinderte Kind“

10.00—10.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. J. Kann, Chefarzt der Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall

„Die Lunge und ihre Begutachtung“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. H. Silomon, Osnabrück

„Abgrenzungsprobleme bei Leistungen im System der deutschen Sozialversicherung“

13.30 Uhr, Abfahrt:

BRK-Lager Ebenhausen bei Ingoistadt

Einführungsreferat:

Obermedizinaldirektor Dr. H. Kammermeier, Medizinalreferent bei der Regierung von Niederbayern, Landshut, Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes

Dienstag, 29. April 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Sozialwissenschaftliches Seminar der Technischen Hochschule Hannover

„Der Wandel in der Gesellschaftsstruktur“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. H. Reisinger, Direktor des Landessekretariates, Bayerische Landeszahnärztekammer München

„Die Oralrehabilitation im System unserer sozialen Sicherung“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Seminar für Soziologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

„Grundbegriffe der Soziologie“

14.00 Uhr:

Filmvorführung**Mittwoch, 30. April 1969**

8.00 Uhr, Abfahrt:

Jugendpsychiatrische Abteilung Hurlach des SOS-Kinderdorfes e. V.

Chefarzt Dr. U. Lange

„Möglichkeiten und Grenzen der Jugendpsychiatrie“

Zur risikolosen lokalen
antibakteriellen Therapie

TYROSUR[®]
Engelhard

**Salbe
Wund-Puder**
Diese Tyrothricin-Präparate
verursachen keine Sensibili-
sierungen und sind in ihrem
Wirkungsbereich den
Penicillin-Präparaten analog.



Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard · Frankfurt a. M. · gegr. 1872

13.00 Uhr, Weiterfahrt:

SOS-Kinderdorf e. V. Diessen

Einführungsreferat:

E. Schröder, Dorfleiter

15.45 Uhr, Weiterfahrt:

SOS-Kinderdorf e. V. Jugendhaus Ammersee, Weilheim

Donnerstag, 1. Mai 1969

Keine Veranstaltung — Feiertag

Freitag, 2. Mai 1969

9.00—9.45 Uhr:

Obermedizinalrat Dr. F. E. Oeser, Vertrauensärztliche

Dienststelle der LVA Baden, Achern

„Das Krankenhaus in der Sozialversicherung“

10.00—10.45 Uhr

und

11.00—11.45 Uhr:

Privatdozentin Dr. A. Leibbrand-Wettley

Prof. Dr. W. Leibbrand, München

„Sexualwissenschaft und Medizin“

Montag, 5. Mai 1969

9.00—9.45 Uhr:

Bezirksoberrheinalrat Dr. H. Lieser, Nervenkrank-

enhaus des Bezirks Oberbayern, Haar bei München

„Der Suizid als Selbst- und Fremdgefährdung“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. S. Münchow, Leiter der Forschungsstelle für Sozialmedizin beim Lehrstuhl für Hygiene der Universität Hamburg

„Statistische Erhebungen über den Hamburger ärztlichen Notfalldienst“

11.00—11.45 Uhr:

P. Nannenhorn, Direktor der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Frankfurt am Main

„Behandelnder Arzt — Vertrauensarzt“

14.00 Uhr:

Sitzung der 15. Kammer des Sozialgerichts München, München 22, Ludwigstraße 15
Obersozialgerichtsrat G. Will

Dienstag, 6. Mai 1969

8.00 Uhr, Abfahrt:

Ankunft ca. 13.00 Uhr

Berufsförderungswerk Heidelberg

W. Boll, Leitender Direktor

„Neue Wege der Rehabilitation“

Besichtigung bis ca. 17.00 Uhr

Übernachtung in Heidelberg

Mittwoch, 7. Mai 1969

9.00 Uhr:

Dysmelie-Abteilung der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg

Einführungsreferat:

Privatdozent Dr. E. Marquardt oder Vertreter

H. Kraft, Beschäftigungstherapeutin

„Lebenshilfe für Dysmelie-Kinder“

14.00 Uhr:

Querschnittsgelähmtenzentrum der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg

Privatdozent Dr. V. Paeslack

„Rückenmarksverletzungen — Behandlungsweg vom Unfall bis zur Wiedereingliederung“

anschließend Besichtigung

ca. 16.30 Uhr: Rückfahrt nach München

Donnerstag, 8. Mai 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. G. K. Döring, Chefarzt der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

„Schwangerenvorsorge und Kindersterblichkeit“

10.00—10.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. F. Kensy, Landesversorgungsamt Bayern, München

„Die Begutachtung psychiatrischer Krankheitsbilder“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Erlangen

„Die Begutachtung der Herz- und Kreislauferkrankungen — Vitien und andere Herzaffektionen“

14.00—16.00 Uhr:

Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Zusammenhangsfragen bei Skelettverletzungen)

Medizinaldirektor Dr. H. Detzel, Obervertrauensarzt, Leiter der vertrauensärztlichen Dienststelle der LVA Oberbayern, München, Maistraße

Freitag, 9. Mai 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. E. G. Hipp, Chefarzt der Orthopädischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Dortmund

„Die Erkennung angeborener Erkrankungen des kindlichen Stützsystems und ihre zweckmäßige Therapie“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. K. Biener, Oberassistent am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

„Jugend, Tabletten und Rauschgifte“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. K. Biener, Zürich

„Untersuchungen über die Effektivität der Gesundheits-erziehung“

Kursleitung: ORMR Dr. G. Bühlmeier/RMR Dr. W. Brenner

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Bescheinigung über die Teilnahme am Kurs wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgestellt.

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtigten Einrichtungen oder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

Es empfiehlt sich, frühzeitige Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon 08 11/55 58 81, vorzunehmen.

Auskunft durch die BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 08 11/2 18 41.

Bewährt
bei
rheumatischen
Erkrankungen

CAMPHOPIN®-SALBE

40 g DM 1,55

Richard Schöning · Berlin



Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 14. bis 25. April 1969 in Erlangen

Vom 14. bis 25. April 1969 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter der Leitung von Dr. med. H. Fuchs, Leiter der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, statt.

Anmeldungen zu diesem Kurs umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (Apparat 26)

19. Lindauer Psychotherapiewoche

vom 28. April bis 10. Mai 1969

Die 19. Lindauer Psychotherapiewoche findet in der Zeit vom 28. April bis 10. Mai 1969 unter der Leitung von Dr. Helmuth Stölze statt.

Programm:

1. Vorträge an den Vormittagen (vom 28. April bis 3. Mai) zu den Themen: „**Kindheit und Neurose**“ (4 Tage) und „**Verhaltenstherapie — Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten**“ (2 Tage)
2. Einführende Vorlesung (vom 29. April bis 1. Mai): „**Indikationen zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung**“
3. Nachmittagskurse (vom 29. April bis 2. Mai) in Form von kasuistischen Seminaren, Arbeitsgruppen und analytischen Selbsterfahrungsgruppen
4. Übungen und Seminare:
 - a) „**Autogenes Training**“ (29. April bis 10. Mai)
 - b) „**Hypnose**“ (5. bis 9. Mai)
 - c) „**Entspannungs- und Atemtherapie**“ (29. April bis 10. Mai)
 - d) „**Konzentrierte Bewegungstherapie**“ (29. April bis 9. Mai)
 - e) „**Malen und Gestalten in der Psychotherapie**“ (5. bis 9. Mai)
 - f) „**Psychogymnastik**“ (5. bis 9. Mai)
 - g) „**Betreuung von Psychose-Kranken durch den praktizierenden Arzt: Psychische, soziale und medikamentöse Therapie**“ (5. bis 10. Mai)

Das wissenschaftliche Programm wird ergänzt durch Demonstrationen, durch Filmvorführungen und eine Ausstellung zum Thema: „**Kindheit und Neurose**“, sowie durch die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch über Fragen der Psychotherapie in der Praxis.

Der Kongreß findet in Lindau (B) statt. Die Tagungssprache ist Deutsch.

Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31

Arbeitstagung zur Diagnose und Therapie der Mukoviszidose

am 2./3. Mai 1969 in Erlangen

Am 2./3. Mai 1969 findet eine Arbeitstagung mit praktischen Übungen zur Diagnose und Therapie der Mukoviszidose (zystische Fibrose) für Ärzte, Krankengymnastinnen und Kinderkrankenschwestern statt.

Ort: Universitäts-Kinderklinik Erlangen.

Auskunft: Privatdozent Dr. Stephan, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15.

Grind- und Eiterausschläge der Haut, an Nägeln und Haaren, Panaritien, Furunkel, Karbunkel, Brust- und Schweißdrüsenabszesse

**ilon
abszess-
Salbe[®]**

Saubere Anwendung
hautfreundlich



JULIUS REDEL
CESRA- Arzneimittelwerk
Haueneberstein bei Baden-Baden

18. Ärztlicher Fortbildungskurs

am 3./4. Mai 1969 in Bad Kissingen

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Schettler

Samstag, 3. Mai 1969 (Kleiner Kursaal)

I. Endokrinologie für die Praxis

8.30—9.05 Uhr:

Prof. Dr. Rehnwein, II. Medizinische Klinik der Universität Düsseldorf

„Entstehungsweise und Behandlung der Schilddrüsenunterfunktion“

9.10—9.45 Uhr:

Dozent Dr. Göbel, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Hirsutismus“

9.50—10.25 Uhr:

Prof. Dr. Lauritzen, Vorstand der Frauenklinik der Universität Ulm

„Die bormonalen Störungen im Klimakterium“

10.45—11.20 Uhr:

Prof. Dr. J. J. Kari, I. Medizinische Klinik der Universität München

„Formen des männlichen Hypogonadismus“

11.25—12.00 Uhr:

Dozent Dr. Ditschuneit, Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel des Zentrums für Innere Medizin der Universität Ulm

„Produktion und Abgabe des Insulins“

anschließend

II. Ätiologie, Therapie und Klinik der Fettleber

Round-table-Gespräch:

Moderator: Prof. Dr. Kommerell, Heidelberg

Dozent Dr. Thaler, I. Medizinische Klinik der Universität Wien

„Alkoholische Fettleber“

Prof. Dr. Kommerell, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg

„Fettleber und latenter Diabetes mellitus“

Priv.-Doz. Dr. Dölle, Medizinische Universitätsklinik Marburg/Lahn

„Klinik und Verlauf der Fettleber“

Dr. Pfeiderer, Medizinische Klinik der Universität Heidelberg

„Therapie der Fettleber“

III. Praktische Therapie der Magen-Darmkrankheiten

Vorsitz: Dr. E. Hafter, Zürich

15.00—15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. J. Fahrländer, Medizinische Universitätsklinik, Bürgerspital, Basel

„Diät bei Magen-Darmkrankheiten“

15.35—16.05 Uhr:

Dr. E. Hafter, Zürich

„Konservative Therapie der Magen-Darmkrankheiten“

16.10—16.40 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Schreiber, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses, Hamburg

„Aktuelle chirurgische Probleme der Magen Chirurgie“

16.45—17.15 Uhr:

Dr. W. Stille, I. Medizinische Universitätsklinik Frankfurt/Main

„Reisediarrhoe“

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. Franken, II. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Düsseldorf

„Therapie der Leberkrankheiten“

anschließend Diskussion

Sonntag, 4. Mai 1969 (Kleiner Kursaal)

IV. Erkrankungen des Kolons

Vorsitz: Professor Dr. Gg. Maurer, München

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. Ley, 2. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule, München

„Arten und Therapie der Kolitis“



Confludin

**Wenn
sich das Herz
bemerkenbar macht...**

muß es nicht immer eine manifeste und dekompensierte Herzinsuffizienz sein. Dann entscheidet sich der Arzt für die kleine Herztherapie. Um die kleine Herztherapie noch effektiver zu machen, wurde Confludin® entwickelt.

Confludin® ist myokard- und koronarwirksam. Confludin® verhindert eine abrupte Veränderung der gestörten Kardialfunktionen, so daß Hyper- und Hypotoniker Confludin® ohne Nebenwirkungen vertragen. Confludin® kumuliert nicht. Confludin® hat einen sekundär tranquillisierenden Effekt... alles Wirkungen, die das funktionell gestörte Herz wirksam regulieren.

Unter Confludin® macht sich das Herz nicht mehr bemerkbar. Der Patient ist zufrieden.

Verschreibungsformen: Tropfen 20 und 50 ml
Dragees 40 und 100 Stück



Arznei Müller Bielefeld

9.35—10.05 Uhr:

Prof. Dr. Gg. Maurer, Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München

„Tumoren des Dickdarms, Diagnostik und Therapie“

10.10—10.40 Uhr:

Dr. H. Schäfer, Oberarzt der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München
„Neue Gesichtspunkte in der Therapie der Peritonitis“

11.00—11.30 Uhr:

Prof. Dr. Relter, Pharmakologisches Institut der Universität München

„Medikamentöse Beeinflussung der Darmmotilität“

11.35—12.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Froese, 2. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München
„Die Obstipation“

12.10—12.40 Uhr:

Doz. Dr. Singer, Chefarzt der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

„Angeborene Erkrankungen des Kolons und Erkrankungen im Kindesalter“

12.45—13.15 Uhr:

Prof. Dr. K. A. Schmauss, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Friedrichshain, Berlin

„Klinik und Therapie der periproktischen Abszesse“

Auskunft: Dr. H. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20, Telefon 09 71 / 30 71

4. Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens

am 10. Mai 1969 in Coburg

Die 4. gemeinsame Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens findet nicht — wie bereits in Heft 2/1969 angekündigt — am 26. April 1969, sondern am 10. Mai 1969 im Großen Festsaal des Kongreßhauses der Stadt Coburg, Am Rosengarten, statt.

Beginn: 9.30 Uhr s. t.

Thema:

„Diagnostik und Therapie des Diabetes in Klinik und Praxis“

Wissenschaftliche Leitung:

Professor Dr. med. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

9.30 Uhr:

Begrüßung

9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

„Aktuelle Probleme der Diabetes-Forschung“

10.15 Uhr:

Dr. H. Förster, Institut für vegetative Physiologie, chemisch-physiologisches Institut der Universität Frankfurt

„Labor-Diagnostik des Diabetes mellitus“

10.50 Uhr:

Dr. med. W. Lübken, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Heilbronn

„Früherkennung des Diabetes mellitus“

11.25 Uhr:

Round-table-Gespräch zu den Themen des Vormittages

zur Diskussion eingeladen:

Prof. Dr. Grüning, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Kronach

Prof. Dr. Kabelitz, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bayreuth

Priv.-Doz. Dr. med. J. Meitner, Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Hof

Priv.-Doz. Dr. med. H. Schmidt, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Landkrankenhauses Coburg

13.45 Uhr:

Farbtonfilm aus der Filmreihe BOEHRINGER

„Diabetes“

14.15 Uhr:

Prof. Dr. H. Mehnert, München

„Probleme der Diabetes-Diät“

14.40 Uhr:

Prof. Dr. B. Knick, Oberarzt der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Mainz

„Orale Antidiabetika“

15.35 Uhr:

Prof. Dr. P. Petrides, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Bethesda-Krankenhauses Duisburg

„Insulin-Therapie“

16.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Edel, Oberarzt der I. Medizinischen Klinik der Universität München

„Nierenerkrankungen bei Diabetes mellitus“

17.00 Uhr:

Round-table-Gespräch zu den Themen des Vormittags

zur Diskussion eingeladen:

Prof. Dr. Grüning, Prof. Dr. Kabelitz, Dozent Dr. med. J. Meitner, Priv.-Doz. Dr. med. H. Schmidt.

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Coburg, 8630 Coburg, Mühlgasse 12.

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V.

vom 19. bis 21. Mai 1969 in Nürnberg

Die 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin findet in der Zeit vom 19. bis 21. Mai 1969 in der Meistersingerhalle, Nürnberg, Münchener Straße 21, statt.

Hauptthemen:

Wunde und Wundinfektion

Infektionen nach Osteosynthesen

Verletzungen bei Kindern

Aus der Versicherungs- und

Versorgungsmedizin

Aus der Verkehrsmedizin

Auskunft: Dr. med. W. Perret, Chefarzt der Allianz-Versicherung, 8000 München 22, Königinstraße 28, Telefon 3 80 04 08

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

PERM CUTAN - K G . DR. EULER . MÜNCHEN 13

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passifl. inc., Salvia alb., Crotonag. ocyac.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

**Schädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems**

MONS' CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

April 1969

- 8.—12. 4. in München: 86. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179.
8. 4.—4. 7. in Hamburg: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Kursussekretariat, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, 2000 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 10.—12. 4. in Mainz: Internationales Symposium über Hirndurchblutung. Auskunft: Dr. med. M. Brock, 6500 Mainz, Neurochirurgische Universitätsklinik, Langenbeckstraße 1.
- 11.—13. 4. in Bad Nauheim: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, 8350 Bad Nauheim.
- 12.—23. 4. Reise zum Studium des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Sowjetunion. Auskunft: Ärztliche Pressestelle Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 42 und Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 13.—27. 4. Griechenlandreise mit Peter BÄMM. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8000 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
- 14.—17. 4. in Wiesbaden: 75. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, 6200 Wiesbaden, Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden.
- 14.—25. 4. in Erlangen: Kurs für Röntgenhelferinnen. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 14.—25. 4. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 14.—25. 4. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sell, Facharzt für Orthopädie, 7972 Neutrauburg.
14. 4.—9. 5. in München: I. Sozialmedizinischer Kurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 21.—24. 4. in Prag: Internationaler Kongreß für Hypnose und Psychosomatische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. D. Langen (Kongreß Prag 1969), Klinik und Poliklinik für Psychotherapie, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 21.—25. 4. in Berlin: Problematik der Lärmbelastung. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 26.—27. 4. in Bad Nauheim: III. NAV-Symposium (Themen: „Moderne Diagnostik und Behandlung des Diabetes mellitus“ — „Erste ärztliche Hilfe am Unfallort“ — „Der Herzkranke in der Sprechstunde“). Auskunft: Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Landesverband Hessen, 6094 Bischofsheim bei Mainz, Ginsheimer Straße 12.
- 26.—27. 4. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostentalallee 83.
28. 4.—10. 5. in Lindau: 19. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31.

Beilagenhinweis:

Einer Teillauflage dieser Ausgabe ist eine Musteranforderungskarte der Ciba AG, Pharma-Abteilung, Wissenschaftliches Büro, 8000 München 13, Franz-Joseph-Straße 14, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.



Druck: Richard Pflaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Zolghadar



TEPPICHE aus PERSIEN und CHINA

München Maximilianstr. 33
Ulm Neue Str. 46
Ingolstadt Theresienstr. 28

Der Bezirk Schwaben errichtet bei seinem Nervenkrankenhaus in Günzburg/Donau ein Klinikum mit allen modernen apparativen und labormäßigen Einrichtungen.

Mit der Inbetriebnahme sind gegen Ende des Jahres 1969 die neugeschaffenen Stellen

Chefarzt Neurochirurgie Chefarzt Neurologie

zu besetzen.

Die Einstellung erfolgt nach BesGr. A 15 des Bayer. Besoldungsgesetzes oder entsprechender Angestelltenvergütung.

Ambulanz und Konsiliartätigkeit nach Vereinbarung. Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Bezirk Schwaben behilflich. Die Stadt Günzburg mit allen Schulen ist außerordentlich verkehrsgünstig an Autobahn- und Bundesbahnstrecke Stuttgart—München zwischen Ulm und Augsburg gelegen.

Gesucht werden:

a) **1 Facharzt für Neurochirurgie**
(Habilitation erwünscht)

Voraussetzungen: Reiche klinische und operative Erfahrung in der offenen und geschlossenen Hirnchirurgie einschließlich der stereotaktischen Operationen und Kinderneurochirurgie, insbesondere Kenntnisse und Fähigkeiten in der Neuroradiologie und Isotopendiagnostik.

Bei entsprechender Qualifikation des Bewerbers ist nicht ausgeschlossen, daß dieser zum Honorarprofessor und persönlichen Ordinarius der Universität Ulm ernannt werden kann.

b) **1 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie**

Voraussetzungen: Gute umfassende klinische Ausbildung und mehrjährige klinische Tätigkeit. Erfahrungen in allen medizinisch-technischen und chemischen Untersuchungsmethoden (wie EEG, Myographie, Neuroradiologie, Isotopendiagnostik und sämtlicher Laboruntersuchungen) und in der gesamten neurologischen Therapie einschl. balneologischer, elektrischer und krankengymnastischer Nachbehandlung.

Bewerbungen werden bis 25. März 1969 an die Regierung von Schwaben — Verwaltung des Bezirks —, 8900 Augsburg, Hafnerberg 14, erbeten.

Beizufügen sind: Handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten und Belege über akademische Grade, beglaubigte Abschriften von Prüfungszeugnissen und Zeugnissen über die bisherige ärztliche Tätigkeit, ggf. Nachweise über die Berufung in das Beamtenverhältnis und die Festsetzung des BDA. Anzugeben ist, wer der derzeitige Dienstherr ist und wann der Dienst angetreten werden kann. Ferner wolle eine Erklärung über das Einverständnis zur Anforderung des Personalaktes beim jetzigen Dienstherrn beigefügt werden. Persönliche Vorstellung nur nach Aufforderung.

Landesversicherungsanstalt Württemberg

Wir suchen für unsere Vertrauensärztlichen Dienststellen in

**Crailsheim, Heidenheim, Schorndorf,
Schwäb. Gmünd und Ulm**

je einen

Arzt (Ärztin)

mit guter Ausbildung.

Für Bewerber, die noch nicht im Beamtenverhältnis stehen, erfolgt die Einstellung zunächst nach Vergütungsgruppe II a BAT. Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme nach 6 Monaten in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat möglich. Die Stellen sind nach Bes.-Gruppe A 14 LBO ausgezeichnet.

Nebentätigkeit (Privatpraxis außerhalb der Dienststelle, Gutachtertätigkeit für fremde Kostenträger) wird auf Antrag gestattet.

5-Tage-Woche. Umzugskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vergütet. Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird verheirateten Bewerbern Trennungsentschädigung gezahlt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die

**Landesversicherungsanstalt Württemberg
Abteilung Krankenversicherung
7000 Stuttgart-W, Schloßstraße 71**

Beim Städt. Krankenhaus Burgau ist die Stelle eines

Assistenzarztes Medizinalassistenten

zu besetzen.

Vergütung nach Bundesangestelltentarif.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an
Stadt Durgau, 8872 Burgau, Ratbaus

Für die innere Abteilung des

Kreiskrankenhauses Landshut/Ndb.

(ca. 130 Betten) wird demnächst ein

Oberarzt (Chefarztvertreter)

gesucht. Der Bewerber muß die Facharztanerkennung besitzen. Der internen Abteilung stehen neben dem Oberarzt 6 Planstellen zu. Sie ist für vier Jahre zur Facharztweiterbildung zugelassen.

Das Krankenhaus unterhält neben der internen eine chirurgische, gynäkologisch-geburtshilfliche und eine eigene Röntgenabteilung, außerdem Belegabteilung für HNO, Urologie und Pädiatrie.

Der Oberarzt erhält eine Vergütung nach Verg.-Gr. Ib BAT, weiter Rufbereitschaftspauschale, Nebeneinnahme durch Gutachtertätigkeit und wissenschaftliche Betätigung. Der Chefarzt gibt zudem eine eigene Vertretungszulage. Bei Wohnraumbeschaffung ist der Krankenhausträger behilflich. Alle höheren Schulen am Ort.

Ausführliche Bewerbungen sind zu richten an

Chefarzt Dr. Schiller, 8300 Landshut, Veldner Straße 15